

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 46

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES GLANDULAIRES
DU PANCRÉAS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 19 décembre 1938

PAR

Pierre DARMAILLACQ

Ancien externe des Hôpitaux

Né à VIELLE-SAINT-GIRONS (Landes), le 29 juin 1912.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		JEANNENEY, professeur	Juges.
		CHARRIER, agrégé	
		MASSE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1938

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 46

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES GLANDULAIRES
DU PANCRÉAS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 19 décembre 1938

PAR

Pierre DARMAILLACQ

Ancien externe des Hôpitaux

Né à VIELLE-SAINT-GIRONS (Landes), le 29 juin 1912.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		JEANNENEY, professeur	Juges.
		CHARRIER, agrégé	
		MASSE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	LOUBAT.
id.		id.	MASSÉ.
Physiologie	N.	id.	DARGET.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	N.
id.	DELMAS-MARSALET.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	N.
id.	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.	Physique médicale et pharmaceut. que	AURIAC.
Physiologie	PETITEAU.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Urologie	DARGET.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Bactériologie	MOUREAU.
Puériculture	FAUGÈRE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Pharmacie galénique	MESNARD.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie. MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE ET DE MA TANTE

A MA GRAND-MERE

A MON PERE — A MA MERE

Respectueuse et filiale reconnaissance.

A MON FRERE

A MES ONCLES — A MES TANTES

A TOUS MES COUSINS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

STAGE :

1934. MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHELEAU.
MONSIEUR LE DOCTEUR PARCELIER.
1935. MONSIEUR LE DOCTEUR DENIS.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT.

EXTERNAT :

1936. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER.
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT.
1937. MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDÉRODIAS.
MONSIEUR LE PROFESSEUR CRUCHET.
1938. MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPÉRIÉ.
MONSIEUR LE PROFESSEUR DAMADE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MASSÉ

Chirurgien des Hôpitaux.

Nous le remercions des conseils éclairés qu'il nous a prodigués et le prions de trouver ici notre témoignage de reconnaissance et de profond respect.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

*Professeur de clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de chirurgie,
Vice-Président de la Société française de gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,*

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse. En témoignage
de notre profonde gratitude.

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis de remercier ici tous ceux qui nous ont aidé dans l'élaboration de ce modeste ouvrage. M. le Professeur agrégé Massé nous en a donné le sujet, notre ami le Docteur Robert Darmaillacq nous a aidé de ses conseils.

Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur Sabrazès pour les précieux renseignements et les idées nouvelles qu'ils nous a donnés.

Et nous ne saurions oublier M. le Docteur Rabère, chirurgien des Hôpitaux, qui nous confia une très intéressante observation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES GLANDULAIRES DU PANCRÉAS

INTRODUCTION

Si la question des pseudo-kystes du pancréas est bien élucidée à l'heure actuelle, celle des kystes glandulaires est beaucoup plus confuse.

Nous avons été frappé, en parcourant la littérature, de l'extrême dissemblance entre les cas publiés; elle s'accuse autant dans les variétés de l'aspect histologique que dans les modalités du traitement chirurgical et de ses résultats.

L'étude des kystes glandulaires a été faite d'une façon extrêmement complète par Chevallier (thèse Paris, 1923) qui réunit 30 observations.

En 1934, Grandclaude, Delannoy et Driessens publient dans les *Archives d'anatomie pathologique* un important article. Il existe, en outre, de nombreux cas isolés; malheureusement toutes les observations ne sont pas suivies d'un examen histologique; nous les avons éliminées systématiquement de notre étude et n'avons gardé en comptant nos 3 observations inédites que 19 cas, tous postérieurs à la thèse de Chevallier.

Nous considérons que l'examen histologique est absolument nécessaire pour conclure d'une façon ferme qu'il s'agit d'un

kyste glandulaire vrai, c'est-à-dire de tumeur kystique ayant un revêtement épithélial.

Nous avons également éliminé de nos observations celles dont l'aspect anatomo-pathologique n'était pas concluant (nécrose étendue, disparition du revêtement épithélial, etc.), bien que Chevallier admette que l'absence d'épithélium ne soit pas suffisante pour refuser à ces kystes la nature glandulaire quand elle est imposée par d'autres caractères anatomiques, cliniques ou évolutifs.

Notre travail est donc basé sur 3 observations inédites, dont l'étude histologique a été faite par M. le Professeur Sabrazès, et sur 16 observations recueillies dans la littérature depuis 1923. Ce chiffre peut paraître faible si l'on considère le nombre global de cas publiés depuis cette époque. Nous en avons donné les raisons.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire complète des kystes du pancréas se trouve dans la thèse de Chevallier. Nous ne la reproduirons pas ici. Nous nous bornerons à décrire succinctement l'évolution de la question.

Jusqu'en 1865, les tumeurs kystiques de cette glande furent considérées comme des curiosités anatomiques et des découvertes d'autopsie. Certains auteurs, tels Chambon de Montaux; Cruveilhier en 1816, Gross en 1845, Cornil en 1863, puis Ancelet en 1864, en communiquent plusieurs cas à la Société anatomique sans en chercher les causes. Seul Bécourt, dans sa thèse (Strasbourg, 1830), fait une description détaillée du cas qu'il a observé.

En 1865, Le Dentu fait part à la Société d'anatomie de ses observations et recherches en exposant les symptômes, la pathogénie et l'évolution des kystes du pancréas.

A la suite de ce remarquable rapport, de nombreux cliniciens vont s'intéresser à ces tumeurs, et des observations détaillées sont publiées par Janneway en 1878, Walker en 1879, Thiersch en 1881, Garrigues en 1882, etc. Enfin, les thèses de Bonomy (Paris, 1879), de Külnast (Breslau), de Hogenbach (Bâle, 1887), ainsi que les traités sur *le traitement chirurgical des maladies du pancréas* de Senn en 1886 et la *Chirurgie du pancréas* de Böeckel en 1891, sont les ouvrages les plus connus de cette époque. Tous admettent la rétention comme mécanisme de production des kystes du pancréas.

Mais en 1891, Hartmann, au Congrès de chirurgie et dans

la thèse de son élève Roux (Paris, 1891), bouscule la théorie dont Senn en Amérique et Boeckel en France s'étaient fait les défenseurs et reconnaît à ces tumeurs une origine néoplasique, tout en affirmant leur bénignité. Tous les auteurs sont loin de partager ces idées et les thèses de l'époque : celles de Faucillon (Paris, 1892), Bas (Lyon, 1897), Adoue (Bordeaux, 1898), Tulasne (Paris, 1899), montrent combien furent nombreuses les discussions. Au Congrès de chirurgie de 1905, Villar, après un exposé remarquable de la question, admet avec éclectisme les deux pathogénies.

Aussitôt après, Garré essaie d'accréditer une nouvelle pathogénie : l'autodigestion avec nécrose, théorie déjà soutenue par Körte en 1898 et dont Goebell en 1907 et Quénu en 1911 se font les partisans. Ce dernier auteur affirmait que la majorité des kystes du pancréas étaient de faux kystes dépourvus d'épithélium et dus à l'accumulation de sang et de suc pancréatique dans une cavité nécrotique. Lecène allait plus loin, disant qu'il n'existait pas de kystes vrais du pancréas.

Chevallier, en 1923, insiste sur la rareté des kystes vrais comparée au nombre bien plus considérable des pseudokystes. Tout en faisant une place spéciale à l'inflammation chronique de la glande, il reconnaît que l'hyperplasie cellulaire peut être le premier degré d'une évolution cysto-adénomateuse.

Au point de vue clinique, il fait remarquer que ces tumeurs n'ont aucune symptomatologie propre; elles ne s'accompagnent qu'exceptionnellement du syndrome d'insuffisance pancréatique, si bien que l'examen clinique et les épreuves de laboratoire sont tout à fait insuffisants et doivent céder le pas à la laparotomie exploratrice pour préciser la nature et l'origine de la tumeur.

Enfin, au point de vue thérapeutique, considérant ces kystes comme des tumeurs susceptibles d'acquérir une certaine malignité au cours de leur évolution, Chevallier admet que l'extirpation large est la méthode idéale. L'extirpation

partielle, en cas d'échec, doit être préférée à la marsupialisation.

Depuis ce travail fondamental, tous les cliniciens reconnaissent l'existence des kystes du pancréas, mais « ils sont rares, et il est parfois difficile de les interpréter » (Brocq).

En 1929, Letulle et Bartoli considèrent les kystes du pancréas comme des tumeurs congénitales; ce seraient, disent-ils, des dysembryomes, c'est-à-dire des masses kystiques développées dans le pancréas aux dépens d'éléments embryonnaires.

En 1930, Delannoy et Razemon ont décrit des kystes pancréatiques analogues aux kystes ovariens : adémones ou cancers kystiques ayant un revêtement épithélial typique dans les kystes bénins, atypique et bourgeonnant dans les kystes malins. Pour ces auteurs, le kyste est une tumeur, une néoplasie épithéliale soit bénigne, soit maligne, et certains, Carnot, Gilbert, Bérard et Cade..., affirment qu'elle se développe aux dépens de l'épithélium canaliculaire.

CHAPITRE II

CLASSIFICATION ET ETUDE HISTOLOGIQUE

Les kystes du pancréas étaient déjà connus depuis longtemps lorsque Körte voulut montrer que ces tumeurs d'aspect semblable pouvaient être de nature différente.

Ne pouvant se baser sur l'anatomie pathologique, il eut recours à l'étiologie et distingua trois grandes variétés de kystes :

- 1° les kystes traumatiques;
- 2° les kystes inflammatoires;
- 3° les kystes sans cause connue (51 sur 121 cas).

C'était un premier essai, et quelques années plus tard, en 1902, Lazarus, après avoir dit que les kystes traumatiques et inflammatoires dépourvus de revêtement épithélial n'étaient que des faux kystes, réservait aux seuls kystes possédant un épithélium de revêtement le nom de kystes vrais.

Vers la même époque, Chevassus et Théveny, se basant sur la pathogénie, proposaient la classification suivante :

- 1° kystes par rétention;
- 2° kystes inflammatoires;
- 3° kystes néoplasiques.

Au Congrès de chirurgie de 1905, Villar montra la différence qui existait entre un pseudo-kyste et un kyste vrai ou glandulaire. Il proposa une nouvelle classification :

- 1° les kystes sanguins, hématomes;
- 2° les pseudo-kystes, kystes traumatiques;
- 3° les kystes apoplectiques;
- 4° les kystes hydatiques;
- 5° les kystes glandulaires.

« Les deux premières variétés, disait-il, constituent plutôt des collections enkystées, directement en rapport avec un traumatisme qui a déterminé des déchirures vasculaires ou la blessure de conduits pancréatiques. Les hématomes peuvent, en outre, n'être que la conséquence d'une pancréatite hémorragique.

» Les kystes apoplectiques forment une variété encore plus spéciale : ce sont de petites collections sanguines qui succèdent à l'apoplexie du pancréas.

» Quant aux kystes hydatiques, ils sont très rares. Restent donc les kystes glandulaires qui constituent à proprement parler les véritables kystes du pancréas. »

Quelques années plus tard, Pillet (thèse Paris, 1915) supprimait la distinction entre kystes vrais et pseudo-kystes. C'est une tendance que nous retrouvons dans un travail récent de Mahorner et Watson, de Rochester (*Archives of Surgery*, juin 1931). Dans une étude statistique de 47 cas de kystes du pancréas opérés en dix années à la clinique Mayo, ces auteurs, se basant sur le fait qu'il est souvent extrêmement difficile de savoir si la paroi possède ou non un revêtement épithélial, proposent une classification ne tenant pas compte de la nature vraie ou fausse du kyste et décrivent cinq variétés :

- 1° les kystes résultant d'un défaut de développement;
- 2° les kystes traumatiques;
- 3° les kystes par rétention;
- 4° les kystes néoplasiques :
 - adénomes kystiques;
 - adéno-carcinomes;
- 5° les kystes parasitaires.

On peut dire qu'il n'y a pas de superposition possible entre les classifications purement histologiques et les variétés cliniques et opératoires des kystes du pancréas.

Dans sa thèse, Chevallier fait une étude très complète de la question et, éliminant les kystes parasitaires, la maladie polykystique du pancréas, les pseudo-kystes, les adénomes et

épithéliomas kystiques, ne donne le nom de kystes vrais ou kystes glandulaires :

1° qu'aux kystes néoplasiques :

- avec hyperplasie localisée aux cellules des canaux excréteurs : cystadénomes canaliculaires;
- avec hyperplasie localisée des cellules acineuses : cystadénomes acineux;
- avec apparition de cellules atypiques : cysto-épithéliomes;

2° et aux kystes non néoplasiques ou de rétention.

Ainsi cherchait-on pour la première fois de décrire les différentes formes de kystes vrais. Et nous ne pourrons apporter que peu de modifications à cette dernière classification.

Comme Chevallier, nous n'insistons pas sur les kystes parasitaires, fort rares d'ailleurs.

Sous le nom de formations kystiques d'origine traumatique ou inflammatoire, nous comprenons les pseudo-kystes, hématomes enkystés de l'arrière-cavité des épiploons, non entourés d'épithélium, consécutifs à un traumatisme de la glande.

Les formations kystiques néoplasiques représentent toute une gamme de tumeurs allant du kyste simple à la tumeur maligne solide secondairement devenue kystique par ramollissement. Ces cas doivent être absolument éliminés de la définition de kyste glandulaire du pancréas. Par ailleurs, ce terme lui-même prête à discussion. Il n'a été employé, semble-t-il, que pour mieux scinder cette variété de tumeurs des faux kystes avec laquelle on les confondait avant Körte. Il implique une notion de bénignité qui ne cadre pas avec l'existence fréquente du cysto-épithéliome nettement malin.

De même que pour l'ovaire on oppose les tumeurs kystiques et les tumeurs solides, nous serions volontiers enclin à dénommer les kystes glandulaires tumeurs kystiques du pancréas sans présumer de leur malignité histologique.

Parmi ces tumeurs kystiques, on a décrit au niveau du pancréas :

- 1° une maladie polykystique atteignant en même temps le rein et souvent le foie;
- 2° des kystes canaliculaires développés aux dépens de l'épithélium des canaux excréteurs;
- 3° des adénomes kystiques;
- 4° des cysto-épithéliomes;
- 5° enfin des kystes congénitaux et dermoïdes (un cas de Judd étudié histologiquement par Masson).

Pour Chevallier, la *maladie polykystique* du pancréas ne paraît pas devoir être maintenue dans le cadre des kystes glandulaires. Il s'agit d'une malformation congénitale, qui peut atteindre simultanément plusieurs organes. Cela est vrai pour la forme diffuse de la maladie polykystique; cependant nous verrons qu'il existe des formes localisées qui peuvent rentrer dans le cadre des kystes du pancréas.

Histologiquement la structure est celle des lymphangiomes kystiques : multitude de kystes à revêtement endothélial et stroma renfermant des fibres musculaires lisses.

Le *kyste canaliculaire* décrit par Letulle se développe aux dépens de l'épithélium du type excréteur, essentiellement formé à l'état normal de cellules cylindriques. L'aspect de ces cellules est variable. On peut voir des cellules aplaties, cubiques, parfois endothéliiformes; dans d'autres cas, des cellules hautes, mucipares. Ce dernier caractère serait pathognomonique d'un kyste développé aux dépens des canaux excréteurs, mais il manque souvent.

On note la présence dans les zones d'adhérence à la glande d'îlots de tissu pancréatique altéré par son étouffement dans une gangue scléreuse; la paroi kystique est particulièrement riche en formations élastiques.

L'*adénome kystique* est presque toujours multiloculaire. Il se compose généralement d'un grand kyste principal, entouré d'autres kystes plus petits. Ces diverses formations sont

séparées par des axes conjonctifs, qui peuvent se rompre et donner un kyste d'apparence uniloculaire.

L'aspect général est celui d'une tumeur végétante ressemblant tout à fait à certains adénomes kystiques de l'ovaire.

L'épithélium, tapissant les cavités kystiques, est tantôt haut, avec parfois des cellules à plateau, tantôt endothélioforme avec des cellules aplaties.

Le cysto-épithéliome est considéré comme un kyste secondairement dégénéré. La malignité est indiquée par la présence de nombreuses monstruosité cellulaires : karyokinèses multiples, gros noyaux clairs, végétations irrégulières revêtant une paroi conjonctive dense, épaisse par endroits, mince dans d'autres.

CHAPITRE III

PATHOGENIE

La question des kystes du pancréas a été et est encore de nos jours fréquemment évoquée. Nous ne pourrons, dans ce court chapitre, rapporter en détail les nombreuses discussions auxquelles a donné lieu la pathogénie de ces tumeurs, mais nous essaierons de résumer l'état actuel de nos connaissances.

Quelle est l'origine de ces kystes ? Par quel mécanisme se développent-ils ? Tel est le problème.

Dès 1816, date des premières publications, tous les auteurs admettaient sans discuter *le rôle de la rétention*. Invoquée pour la première fois par Cruveilhier et confirmée en 1845 par Engel dans les deux cas qu'il rapportait dans l'*Annuaire médical de l'Etat autrichien*, cette théorie fut surtout soutenue par Senn en Amérique (1885) et Boeckel en France (1891).

Ces auteurs, en effet, voyaient l'origine de ces tumeurs dans l'oblitération du canal de Wirsung ou la simple compression de ce conduit par une lésion quelconque : calcul du cholédoque, calcul du pancréas, cancer du pancréas, brides post-inflammatoires..., pour ne citer que les plus connues. Le produit de la sécrétion pancréatique, ne pouvant s'écouler, s'accumulait derrière l'obstacle et créait le kyste.

Longtemps soutenue, cette théorie fut abandonnée après les publications de Hartmann en 1891 et les expériences d'Arnozan et Vaillard chez le chien qui, ligaturant le canal

de Wirsung, déterminaient l'atrophie de la glande et non l'apparition de kyste.

Un moment délaissée, elle fut reprise ces dernières années; Léo, en 1921, présentait à la Société anatomique un kyste gros comme un poing dont l'examen de la paroi montrait tous les éléments d'un canal excréteur. Reprenant les expériences d'Arnozan et Vaillard, Pende constatait une dilatation du canal avant l'apparition de la nécrose. Löwenfeld et Gaffé observaient même des productions pseudo-papillaires dues à la prolifération cellulaire de la paroi des canaux.

Il faut bien avouer que des cas tels que celui de Léo sont rares; nous n'en avons pas relevé de semblable. De plus, même si l'on a observé une oblitération des canaux excréteurs dans certains cas de kystes pancréatiques, on n'a pu constater une structure du kyste identique à celle constatée chez l'animal dont on a ligaturé le canal de Wirsung.

Faut-il pour cela rejeter cette théorie ? Non, et ici nous partageons l'idée des auteurs lillois (Grandclaude, Delaunay, Diessens, *Annales d'anatomie pathologique*, t. XI, 1934), qui la retiennent, non pas à titre de cause principale, mais bien comme phénomène adjuvant venant favoriser l'hypertrophie d'une cavité préexistante et s'esquissant.

Une autre théorie que nous ne pouvons passer sous silence est celle soutenue par Körte en 1898, reprise plus tard par Garré-Goebell et enfin par Quénu, en 1911, à la Société de chirurgie : *théorie de l'auto-digestion avec nécrose*. Cet auteur, après de nombreuses recherches, en était venu à dire que la formation d'un foyer de nécrose était le point de départ des kystes du pancréas, et ce, par un double processus de distension et de digestion des parois. Ce foyer de nécrose, en effet, développerait au cours d'une pancréatite chronique, s'ulcérerait et détruirait un certain nombre de canalicules, formant ainsi une cavité dans laquelle se déverserait le produit de la sécrétion pancréatique. Ainsi, les kystes glandulaires du pancréas ne seraient que des formations pseudo-kystiques, des pseudo-kystes d'origine non traumatique, non

hémorragique n'ayant pas de revêtement épithélial, mais contenant des débris canaliculaires.

Cette théorie, pour si séduisante qu'elle paraisse, ne peut, à notre avis, être retenue sans discussion. Nous savons que, d'une part, de nombreux kystes sans épithélium ont été qualifiés de glandulaires dans diverses publications; d'autre part, certains attachent plus d'importance à l'existence d'un pédicule naturel ou artificiel qu'à celle d'un épithélium. L'épithélium, disent-ils, a pu disparaître au cours de l'évolution, a pu être extirpé ou altéré par une fixation défectueuse. Rien d'impossible à cela; les histologistes eux-mêmes l'admettent. Mais de tels kystes sont-ils des kystes vrais ? Si oui, dans quelle catégorie classer les kystes canaliculaires, rares il est vrai, mais dont l'existence ne fait aucun doute et dont le caractère dominant est la prolifération épithéliale des canaux et des acini glandulaires ?

La théorie de l'inflammation a été aussi soutenue. On conçoit, en effet, que les infections, les intoxications puissent engendrer de la sclérose ou une prolifération des éléments nobles de l'organe lésé.

La sclérose aboutirait à une sténose progressive des canaux excréteurs; il s'agirait là d'un phénomène de rétention mais entraînant la formation de petits kystes multiples. Une telle affection, décrite par Thiroloix, Pasquier, Commidge sous le nom de maladie polykystique, est souvent bien différente des kystes glandulaires dont nous nous occupons.

La prolifération cellulaire d'origine inflammatoire constatée expérimentalement produirait également une stase et la rétention du produit de sécrétion.

Un seul mécanisme est valable : celui de *la néoplasie* (Hartmann).

Si cette pathogénie est admise par tous, la discussion est ouverte quant à l'origine même des éléments épithéliaux.

Pour Oberling, il s'agit d'une hyperplasie épithéliale du système excréteur, d'éléments épithéliaux adultes. « Au cours des divers processus pathologiques, les cellules des tubes

peuvent changer de forme, devenir cylindriques, hautes, mucipares, ou subir la métaplasie pavimenteuse stratifiée. » Lorsque les cellules manifestent des capacités sécrétrices particulièrement marquées, les cavités se dilatent et se transforment en kystes.

Pour Poncet et Dor, Yamane, Grandclaude, il s'agit d'éléments épithéliaux embryonnaires inclus dans le parenchyme. Il existerait des inclusions embryonnaires de tissus canaliculaires aberrants doués d'un riche potentiel de croissance qui créent une série de glandes tubulaires devenant ensuite des cavités kystiques juxtaposées.

Si nous dépouillons maintenant nos observations, nous trouvons un cas de tumeur polykystique de nature vraisemblablement congénitale; nous avons hésité à le conserver, si nous l'avons fait, c'est que nous l'avons considéré comme une forme localisée de la maladie polykystique. Cette tumeur adhéraît à la queue du pancréas et fut enlevée avec elle.

Il n'est pas rare de trouver des tumeurs ayant ces caractères dans la région juxtapancréatique. On ne peut pas toujours dire qu'elles sont nées dans le pancréas. Simon, dans sa thèse, insiste là-dessus.

Webb, Johnson, dans le *British Journal of Surgery*, 1935, rapportent un cas intitulé : « Kyste dans la région du pancréas », dans lequel la tumeur était nettement indépendante de cet organe. Histologiquement il s'agissait d'un kyste multiloculaire dont les cavités tapissées d'un épithélium cylindrique étaient entourées d'un stroma renfermant de nombreuses fibres musculaires lisses. Ce caractère serait pour ces auteurs en faveur d'une enclave d'origine intestinale.

Morice a rapporté à la Société de chirurgie une observation de kyste congénital tordu juxta-pancréatique. Au cours de la discussion, Cunéo affirme qu'il est difficile de préciser le départ des kystes rétropéritonéaux.

Quant au kyste canaliculaire tel qu'il était décrit par Letulle à propos de l'observation de Desplats et Philardeau,

nous trouvons bien deux observations de Saugues pour lesquelles l'histologiste a répondu kyste canaliculaire du pancréas, mais aucune description ne suit, et nous ne pouvons tenir compte de ces données par trop succinctes. Nous pensons avec Grandclaude que le véritable kyste canaliculaire est rare et qu'il s'agit souvent de cystadénomes.

Dans six observations, les caractères de l'épithélium permettent de parler de cystadénome. Il est à remarquer que, dans aucun de ces comptes rendus, il n'est signalé de tissu pancréatique dans la paroi du kyste.

Nous ne pensons tirer aucune conclusion d'ordre pathogénique de l'aspect de ces néoplasies bénignes. Dans une observation (Bérard et Dunet, obs. V), on signale que l'épithélium, tapissant les cavités, avait le caractère de celui des acini pancréatiques. Dans les autres, cet épithélium paraît polymorphe dans la même tumeur.

Si l'on tient compte de ce que Handfield Jones (*British Journal of Surgery*, 1924) ne reconnaît pas l'origine pancréatique du kyste lorsqu'on ne trouve pas de tissu pancréatique dans les parois ou dans le pédicule, nous sommes amené à penser que les cystadénomes sont plutôt développés aux dépens de débris embryonnaires inclus que de tissu pancréatique normal. Nous avons classé à part nos observations bordelaises (obs. I, II, III et IV), qui ont à nos yeux beaucoup de valeur, parce qu'elles furent toutes examinées par M. le Professeur Sabrazès, et ses comptes rendus permettent d'avoir une idée précise sur l'origine de ces tumeurs.

Si l'on excepte l'une d'entre elles, où la nécrose pariétale était trop forte pour que les détails histologiques puissent être poussés, les trois autres nous offrent les caractères suivants : « Kystes multiloculaires; parois végétantes papilliformes; signes de malignité histologique; épithélium formé de cellules cylindriques hautes à plateau non strié, parfois de cellules cubo-cylindriques avec d'autres aplasiés dans certaines zones. On note dans la paroi la présence de diverticules nombreux vers le stroma constituant des ébauches de tissu entéroïde. »

Le Professeur Sabrazès pense qu'il s'agit de tumeurs malignes, *kystes par dysembryoplasie dus à l'inclusion de débris embryonnaires d'origine intestinale*. Si l'on ajoute que l'intestin prend une grande part au cours de la formation embryonnaire tourmentée du pancréas, il y a des arguments sérieux en faveur de l'origine intestinale de ces tumeurs.

Au point de vue de la malignité, nous rapprochons de ces cas deux observations de Friedenwald et Cullen (obs. XI et XII), pour lesquels, malgré la lenteur de leur évolution, le compte rendu histologique très bref parle d'adénocarcinome.

Restent enfin les cas étiquetés cystadénomes : 10 en tout. Nous croyons pouvoir les diviser en deux séries :

— d'une part, ceux pour lesquels il n'existait pas de pancréas normal dans la tumeur : 6 cas;

— d'autre part, ceux où il existait du pancréas normal, plus ou moins altéré d'ailleurs.

Si nous comparons ces données avec les résultats opératoires, nous voyons que ces quatre derniers cas furent marsupialisés et guérissent après fistule pancréatique vraie.

Nous pouvons donc conclure avec Moure et Fontaine qu'il s'agit là de dégénérescences kystiques du pancréas qui, à l'instar de ce qui se passe dans le sein, ont abouti à la formation d'un grand kyste principal entouré d'une multitude de petits kystes.

Quant à la pathogénie des cystadénomes vrais, nous ne pouvons rien affirmer : remarquons seulement que l'absence de tissu pancréatique dans leur paroi infirme l'hypothèse de leur développement au niveau de tissu pancréatique normal et laisse penser qu'ils naissent aux dépens de débris canaliculaires ou intestinaux, inclus dans le pancréas au cours de leur développement.

En conséquence, il nous semble que l'origine pancréatique des kystes vrais est rare; les remaniements que subit l'organe au cours de son développement entraînent des inclusions de tissu entéroïde qui évoluent ensuite pour leur propre

compte, donnant naissance à des tumeurs dont la malignité histologique ne s'affirme pas toujours et dont la filiation est difficile à établir.

C'est là un fait nouveau. Il existe des tumeurs végétantes malignes que certains caractères permettent de rattacher à l'intestin. Ce sont des kystes par dysembryoplasie.

Tous les cystadénomes ont-ils la même origine ? Nous ne pouvons le dire, et nous sommes amené à distinguer pratiquement deux classes de tumeurs :

- 1° les kystes simples bénins;
 - 2° les kystes végétants malins.
-

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE

Nous ne ferons dans ce chapitre que l'anatomie macroscopique, l'étude histologique de ces kystes glandulaires du pancréas venant d'être faite dans les chapitres précédents.

Ces tumeurs peuvent se présenter de deux façons bien différentes :

- 1° sous forme de petits kystes disséminés dans le pancréas;
- 2° sous forme de grands kystes.

Les petits kystes disposés en chapelet le long des canaux excréteurs, et pas plus volumineux parfois qu'une tête d'épingle, sont en général une découverte d'autopsie. Leur symptomatologie se résume à peu de chose et l'absence de signes physiques ne permet pas d'en faire le diagnostic. Heureusement que dans ce cas même un diagnostic précoce n'en changerait pas le dénouement : la thérapeutique est encore impuissante.

Les gros kystes se présentent en général comme une tumeur arrondie, lisse, au début intraglandulaire, mais qui, lorsqu'elle atteint un assez grand volume, se développe en dehors de la glande et ne lui est plus rattachée que par un pédicule plus ou moins volumineux, plus ou moins distinct. Son extension se fait en repoussant les organes abdominaux : elle s'insinue le plus fréquemment entre l'estomac et le côlon transverse, c'est le type intergastrocolique de Körte que nous avons retrouvé dans les observations de Bérard et Dunet

(obs. V), Bachy (obs. XIV). Lefort (obs. XV) cependant décrit un cas où le développement s'était fait sous le ligament hépato-gastrique. Nous savons par ailleurs que certains cas ont été décrits où cette extension se faisait au-dessous du côlon transverse.

Nous ne dirons rien ici du volume et du siège de ces tumeurs; nous en parlerons suffisamment en étudiant leurs signes physiques, mais nous dirons un mot de *leur constitution*.

Les kystes glandulaires du pancréas sont formés d'une paroi fibreuse, assez épaisse, de couleur blanche à sa face externe et laissant voir de nombreux vaisseaux sanguins. Elle peut renfermer de nombreuses petites cavités kystiques ainsi que des amas de tissu pancréatique (Moure et Fontaine, obs. XVII). Pour Bachy, cette paroi est épaisse, fibroïde, infiltrée de lésions inflammatoires chroniques ou subaiguës, très vascularisée.

La face interne de cette paroi peut être également parsemée de petites kystes, « une dizaine de la grosseur d'une lentille à celle d'un petit pois », dans le cas de Bérard et Dunet. Très fréquemment elle est cloisonnée et à la coupe présente « l'aspect en nid de guêpes à grandes alvéoles » (Desplats et Philardeau). Il s'agit alors d'un kyste *multiloculaire*; chez une de nos malades (obs. III), les cavités étaient à peu près de même grandeur, variant d'une tête d'épingle à la grandeur d'une lentille (Prof. Sabrazès). Dans le cas de Bachy, Delannoy et Driessens (obs. XVI), on trouvait une vaste cavité autour de laquelle étaient groupés des kystes plus petits de la grosseur d'une cerise à un œuf, ne communiquant pas avec elle.

Les kystes du pancréas peuvent être *uniloculaires*, c'est l'exception, et alors la face interne de leur paroi est lisse et brillante. Parfois cependant, elle est tapissée « de végétations très grêles, étroitement serrées les unes contre les autres » (Lefort), ou de « véritables excroissances variant de la grosseur d'une cerise à celle d'une noix » (Carlier). Nous avons

également relevé le même aspect végétant chez plusieurs malades (obs. I et III). Ces végétations seraient un indice de malignité.

Tous ces kystes glandulaires, aussi bien les petits que les gros, sont remplis d'un *liquide* dont la quantité, les caractères physiques et chimiques peuvent être très variés. Malheureusement l'examen n'en a pas souvent été fait, et nombre d'observations sur ce point sont incomplètes.

La quantité de liquide que l'on a pu retirer de ces tumeurs varie de 2 à 20 litres, 2 litres chez notre malade (obs. I), 10 litres chez le malade de Chevallier.

Ce liquide est tantôt séreux, clair. C'est assez rare, et seuls Desplats et Philardeau, puis Delannoy et Driessens, insistent sur ces caractères. Nous avons constaté le même aspect chez notre seconde malade (obs. II).

Il est plus souvent marron, couleur chocolat, et ceci est dû à la fragilité des petits vaisseaux de la paroi qui se rompent facilement.

La densité de ce liquide a parfois été recherchée. Elle varie entre 1.006 et 1.016, mais peut aller jusqu'à 1.023 (Bachy). La réaction de ce liquide, d'après tous les auteurs, est 95 fois sur 100 alcaline, et neutre le reste du temps.

Tels sont les caractères physiques du liquide kystique. Au point de vue chimique, sa constitution n'est pas constante. On y trouve néanmoins toujours de l'albumine, du sucre, de l'urée et du chlorure de sodium en plus ou moins grande quantité.

Son examen cytologique n'a pas été pratiqué dans une seule des observations que nous rapportons.

Mais une recherche qui ne manque pas d'intérêt est celle des ferments pancréatiques. Ces ferments, au nombre de trois : la trypsine, l'amylase et la stéapsine, sont beaucoup plus fréquents dans le contenu des kystes glandulaires que dans celui des pseudo-kystes ou des kystes parasitaires. Ils n'existent pas souvent tous trois dans le même kyste, mais Bachy avait pu découvrir l'amylase et la stéapsine; Moure et

Fontaine, la trypsine et la stéapsine; Delannoy et Driessens, la trypsine et la stéapsine, ainsi que quelques traces d'amylase.

La présence de trypsine pourra se découvrir par la méthode de Carnot en faisant agir le liquide sur une émulsion froide d'ovalbumine qu'elle clarifie. On mettra en évidence la stéapsine par son activité émulsionnante sur l'huile et l'amylase par la transformation d'empois d'amidon qui ne se colore plus par la solution iodo-iodurée.

Tels sont la constitution et le contenu de ces kystes; nous nous réservons de parler de leur volume, de leur siège, de leur forme..., en décrivant leurs signes physiques dans les chapitres suivants.

CHAPITRE V

ETIOLOGIE

« Les kystes du pancréas, écrivait Le Dentu, en 1865, dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, constituent une affection si rare que les bulletins de cette Société, si riches en matériaux de toute sorte, n'en renferment que deux exemples : l'un d'eux appartient à M. Cruveilhier, l'autre à M. Cornil. »

Par la suite, les cas publiés allèrent en augmentant. Ainsi, de 1885 à 1894, sur 6.000 autopsies, Hale White en a rencontré 40 cas. Martens, en 1907, au Congrès de chirurgie allemand, en signale 227 cas. Kijewski, en 1909, porte ce chiffre à 240.

Mais, à mesure que progressent les moyens d'investigation histologique, ils se font de plus en plus rares. Lazarus, en 1904, n'en rapporte que 21 cas, et Edling réduit encore ce nombre à 11, tous les autres, dépourvus d'un épithélium, n'étant que des faux kystes.

De nos jours, leur nombre reste encore restreint si nous les comparons aux cas de pseudo-kystes observés, et pourtant il y a lieu de supposer que, vu leur rareté, tous les cas observés ne manquent pas d'être publiés.

Les Allemands, cependant, prétendent que les kystes vrais sont plus nombreux. Grüber, sur 17.164 autopsies, en compte 7 cas, dont 4 par rétention, 1 cystone, 1 kyste dysontogénique et 1 kyste de nature douteuse. A Strasbourg, sur 10.000 autopsies pratiquées, on en trouva 7 cas, dont 4 par rétention, 1 congénital, 1 cystadénome, 1 pseudo-kyste.

Toutes ces statistiques n'ont évidemment qu'une valeur relative. Pour se faire une opinion, il faudrait reprendre une à une les observations et qualifier de kystes vrais ceux qui ont un épithélium. C'est ce que nous avons fait, et c'est la raison pour laquelle depuis 1923 nous n'avons pu en relever que 19 cas certains.

L'influence du *sexe* est indéniable, et les femmes sont le plus fréquemment atteintes. C'est là un fait remarqué de tous temps et que nous devons admettre sans pouvoir l'expliquer. Bar (thèse Lyon, 1837), estime qu'on trouve cette affection 15 fois chez la femme pour 1 fois chez l'homme. D'après nos recherches et les 19 cas relevés ces dernières années, 15 femmes auraient été opérées et 4 hommes seulement.

Faisons remarquer également la fréquence de ces tumeurs entre 30 et 60 ans.

Sur 137 cas, Oser en comptait 77 chez des sujets ayant de 20 à 50 ans. Nous-même en avons relevé 13 cas de 30 à 60 ans (6 cas de 30 à 40 ans et 7 cas au-dessus de 40 ans). Les autres, 6 cas, auraient été remarqués : 3 chez des sujets ayant de 20 à 30 ans et 3 chez des sujets de moins de 20 ans.

Au-dessus de 60 ans, ils sont exceptionnels, et nous ne connaissons que le cas de Villar et celui de Rochard, dont les malades avaient 68 et 63 ans. Celui opéré d'urgence par Darmaillacq (obs. II) avait également 64 ans.

Chez l'enfant, cette affection est aussi exceptionnelle que chez le vieillard. Nous citerons cependant les cas de :

Scharbonn : 4 ans;

Railton : 6 mois;

Telling et Dobson : 11 mois;

Friedenwald et Cullen : 16 mois;

Richardson : 14 mois;

Shattuck : dès la naissance;

Dupérié : 4 mois;

Morice : 3 ans 1/2;

Saugues (obs. VI) : 12 ans.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre sans dire un mot sur les causes qui peuvent donner naissance à de pareils kystes.

On trouve dans la littérature des observations concernant la production de kystes vrais du pancréas à la suite d'un *traumatisme*, mais dans la majeure partie de ces observations il s'agit de traumatismes légers ou répétés, quelques-uns plus importants et jamais de traumatismes auxquels ait fait suite un syndrome abdominal grave, ce qui est la cause des pseudo-kystes.

Dans un cas de Scalone (obs. XIII), le traumatisme fut cependant réellement grave, ainsi que le syndrome abdominal, d'où l'orientation du diagnostic préopératoire plutôt vers le pseudo-kyste que vers le kyste vrai.

Ceci nous oblige à dire qu'il n'existe pas de cas de kystes traumatiques du pancréas devant lequel on ne doive suspecter le kyste glandulaire vrai, quelles que soient la nature du traumatisme et la gravité du syndrome abdominal aigu.

Mais alors qu'il est facile de reconstituer les diverses étapes de la production des pseudo-kystes, il n'est pas facile d'établir les rapports du traumatisme avec une formation néoplasique, quand on ignore l'état du pancréas avant le traumatisme. C'est poser à nouveau la question, difficile à résoudre, des relations des traumatismes et des tumeurs.

La première hypothèse, la plus commode, est que le traumatisme porte sur un kyste glandulaire déjà constitué. Celui-ci, s'il ne s'est pas encore extériorisé de la glande pancréatique, a produit dans tout son entourage des désordres considérables, associant à la néoplasie un processus inflammatoire plus ou moins grave. Lorsque le traumatisme brise la paroi, on comprend que le tableau clinique soit sérieux, car il se produit dans la cavité péritonéale un épanchement du liquide pancréatique.

Mais si le kyste est encore modeste dans ses proportions et cliniquement latent, il faut alors admettre que le traumatisme a pu accélérer son développement. Pour Scalone, le traumatisme accélérerait la production du contenu kys-

tique par deux mécanismes : l'exsudation basale et l'excitation fonctionnelle de l'épithélium de revêtement. Et il s'empresse d'ajouter : « Seulè la constatation locale de la néoplasie avant le traumatisme peut donner une base à cette deuxième hypothèse. »

Reste la dernière hypothèse, la moins vraisemblable, selon laquelle le traumatisme produirait dans le parenchyme des altérations particulières, d'où pourraient naître des formations kystiques. Ordinairement, il ne pourrait s'agir que d'altérations cicatricielles du conjonctif interstitiel, qui finiraient par obstruer à la rigueur un ou plusieurs canaux excréteurs, produisant une stagnation des produits de sécrétion dans les conduits et dans les acini en amont. En admettant que pareil processus soit possible, on ne peut avoir affaire qu'à des kystes par rétention, qui n'ont rien de néoplasique.

Sans vouloir reconnaître un rôle de premier ordre aux *intoxications et maladies infectieuses* dans le développement des kystes glandulaires du pancréas, on est bien obligé de noter dans certaines observations, l'existence concomitante de lésions tuberculeuses. La malade de Charbonnel et Augistrou (obs. IV), avait eu une pleurite gauche et un mal de Pott dorsal.

D'autres étaient des alcooliques invétérés.

En fait, existe-t-il une relation de causalité entre l'apparition du kyste et les antécédents pathologiques ? A notre avis, il semble plus logique de dire qu'il s'agit d'une simple coïncidence.

Chevallier également fait remarquer que beaucoup de malades atteints de kystes du pancréas étaient des *lithiasiques biliaires*, et il cite les observations de Douchanine, Decker, Urrutia... Le malade de Kessler (*Strasbourg médical*, 1934), était lui aussi un lithiasique et avait de fréquentes coliques hépatiques.

Moins douteuse est l'origine de l'ictère secondaire à une compression du cholédoque par la tumeur.

Que penser également des rapports entre l'apparition du

kyste et la *grossesse* ? Chevallier a retrouvé ce rapport dans 12 observations sur 90 cas.

Nous voulons bien admettre que la *grossesse* puisse avoir un rôle indirect dans le développement de ces kystes. Elle peut, en effet, par les troubles circulatoires qu'elle entraîne, faire augmenter son volume, et, d'autre part, en diminuant les dimensions de la cavité abdominale, extérioriser la tumeur. Mais nous ne croyons pas pouvoir affirmer qu'elle est cause de pareilles tumeurs.

CHAPITRE VI

ETUDE CLINIQUE

Les kystes glandulaires du pancréas se développent, contrairement aux pseudo-kystes d'origine traumatique ou lésionnelle, d'une façon insidieuse. Il n'est pas rare, en effet, de noter une période de latence de trois à cinq ans. Martin rapporte un cas où la tumeur ne fut opérée que vingt-huit ans après sa première constatation. Ce n'est là évidemment qu'une exception, et le contraire peut s'observer. Le début peut être dramatique, reproduisant le tableau d'une pancréatite hémorragique, mais pareils signes ne peuvent être dus qu'à une complication plus ou moins précoce d'un de ces kystes jusqu'alors ignoré : soit hémorragie intrakystique, soit rupture du kyste préexistant, soit enfin infection au cours d'un état septicémique. Nous n'avons pu retrouver de tels cas.

Lorsque le kyste a atteint un certain volume, est arrivé par conséquent à sa période d'état, il n'est pas encore aisé d'en faire le diagnostic, le tableau clinique variant suivant la partie de la glande qui donne naissance au kyste et aussi suivant le sens du développement.

Les signes les plus irréguliers sont encore les signes fonctionnels.

La douleur, si fréquemment décrite dans les traités de pathologie, peut ne pas exister. Nous citerons le cas de Gœbell, Douchanine, Rhighetti, Saugues (obs. VI), Bérard et Dunet (obs. V), Lefort (obs. XV), dans lesquels les auteurs ont particulièrement insisté sur l'absence de ce symptôme. La malade qui a fait le sujet de notre première observation

ne souffrait pas à proprement parler, mais ressentait néanmoins une gêne après les repas et avait la sensation que son estomac se vidait mal.

Néanmoins, on peut dire que la douleur existe dans 95 p. 100 des cas. Il s'agit alors d'une douleur spontanée, sans rapport avec la digestion, plus ou moins vive, et que le malade compare à une sensation d'étau ou d'embrochement, et siégeant dans la région épigastrique, mais pouvant s'étendre à l'hypocondre gauche et même droit (Desplats et Philardeau).

Kempeneers (*Bruxelles médical*, 1927), rapporte même un cas de kyste du pancréas (à notre avis, il s'agit d'un épithélioma kystique) dans lequel la douleur siégeait dans la région dorsale et s'irradiait dans la région lombaire et l'abdomen.

Cette douleur présente un autre caractère; elle est rarement continue et se manifeste par crises dont la durée est des plus variables. D'une façon générale, ces crises, à mesure qu'évolue la tumeur, augmentent d'intensité et de fréquence.

Les troubles digestifs sont aussi souvent signalés. Il s'agit, nous apprennent les auteurs, d'anorexie élective pour les aliments gras, de nausées, de vomissements alimentaires ou constipation. Ces troubles sont assez fréquemment observés, mais, comme la douleur, ils peuvent manquer. En tout cas, ils n'ont aucun caractère propre et ne semblent pas traduire un déficit pancréatique. Ils seraient plutôt dus à la compression qu'exercerait la tumeur sur les différents organes : estomac, duodénum et plexus caeliaque. Nous en voulons pour preuve les cas d'ictère où il a été bien démontré qu'il s'agissait d'une compression du cholédoque (Saugues) et le cas d'occlusion chez notre malade (obs. II) où il s'agissait d'une compression intestinale.

Quant aux autres troubles fonctionnels traduisant une insuffisance pancréatique, tels que la sialorrhée, la stéarrhée, nous n'avons pu les relever dans aucune observation.

La glycosurie est encore plus exceptionnelle que la douleur

et les troubles digestifs ou de compression. Elle n'apparaît que tardivement quand la glande est déjà très touchée et peut alors être considérable (67 grammes dans un cas de Delbet). A noter également qu'elle se rencontre surtout dans les kystes du corps et de la tête du pancréas, siège d'élection des îlots de Langherans.

Ainsi donc nous manquons de signes glandulaires et nous comprenons combien, lorsque nous constatons une tumeur abdominale, il sera difficile de lui donner une origine pancréatique.

C'est une donnée classique que le *fléchissement de l'état général*. Il est fréquent, dit-on, de rencontrer dans les kystes du pancréas un amaigrissement souvent énorme et s'accompagnant d'asthénie. Saugues, néanmoins, en décrit un cas, et avant lui Poncet, Richardon et bien d'autres, dans lequel l'état du malade était resté excellent. C'est le cas également de nos trois premiers malades (obs. I, II et III), qui n'avaient ni perdu l'appétit, ni maigri avant l'intervention. Nous avons cependant trouvé ce symptôme dans cinq observations, mais il paraît moins constant que ne le dit Chevallier qui le considère comme habituel et souvent énorme.

En conséquence, nous croyons pouvoir dire que cette atteinte de l'état général, sur laquelle insistent tous les auteurs, n'apparaît que tardivement, quand la tumeur est déjà très évoluée, ou chez un malade présentant d'autres lésions, une lithiase biliaire et un ulcère calleux du duodénum (Kessler) ou une tuberculose pulmonaire latente (Charbonnel et Augistrou).

L'élévation thermique est encore moins fréquente et résulterait d'une infection secondaire, rare dans les kystes glandulaires du pancréas. Nous l'avons relevée dans l'observation de Saugues.

En résumé, disons que ces tumeurs glandulaires peuvent retentir sur l'état général, mais elles le font avec beaucoup plus de discrétion que les pseudo-kystes.

Tirés de l'examen du malade, *les signes physiques* ont

un réel intérêt pour le clinicien. Si on les recherche avec soin, ils peuvent donner des indications très précieuses. Ils sont révélés par l'inspection, la palpation et la percussion.

Lorsqu'on découvre le malade on est tout de suite frappé par l'aspect de son ventre. La voussure, plus ou moins grande suivant le stade évolutif de la tumeur, siège souvent au niveau de l'hypocondre gauche et fait penser à une grosse rate. Elle peut être également à droite dans les kystes de la tête, et fait penser à une grosse vésicule ou à un kyste hydatique du lobe gauche du foie. Nous n'insisterons pas davantage sur ces caractères, car ils sont tous identiques à ceux de la tumeur et d'autant plus visibles que la paroi abdominale est plus mince. Notons cependant qu'il n'a jamais été remarqué de circulation veineuse collatérale.

Quoique profonde, du moins à son début, cette tumeur, du fait de son indolence, peut être aisément palpée. Elle est arrondie, rénitente, lisse et de volume variable. Lefort dit : « grosse comme une noix de coco »; Soupault : « comme une mandarine »; Desplats et Philardeau : « comme une orange ». Elle peut même être grosse comme une tête de fœtus et disparaître complètement du jour au lendemain pour reparaitre par la suite (Charbonnel et Augistrou).

Un autre caractère sur lequel beaucoup d'auteurs ont insisté, et que nous retrouvons dans 12 de nos observations, est la mobilité; elle est rarement possible dans tous les sens, mais souvent de bas en haut. Lefort, Delannoy et Driessens insistent même beaucoup sur ce caractère et disent que cette mobilité était si grande chez leur malade qu'il était difficile de préciser les limites de la tumeur en la palpant. Ils prétendent également que c'est là un moyen de diagnostic infaillible d'avec les pseudo-kystes, une tumeur que l'on peut mobiliser de droite à gauche, de haut en bas et d'avant en arrière étant toujours un kyste vrai. Elle existe fréquemment, c'est certain, mais, à moins que nous n'ayons affaire à un kyste pédiculé, elle nous paraît toute relative, et en tout cas ne peut être spontanée, le pancréas étant solidement fixé à la

paroi pariétale. Ceci est si vrai que Bachy, Moure et Fontaine ont décrit deux cas de kystes, reconnus histologiquement glandulaires, nullement mobiles.

Nous n'insisterons pas sur le siège de ces tumeurs, que nous savons varier avec leur situation au niveau de la queue, du corps ou de la tête du pancréas.

A la percussion, la tumeur reste souvent sonore par suite de l'interposition de l'estomac et du côlon transverse; l'insufflation de ces organes fait disparaître la matité, quand par hasard on en a trouvé, et l'exploration de la tumeur devient difficile.

Quand le kyste atteint un très grand volume, il entre en rapport avec la paroi abdominale, plus souvent entre l'estomac et le côlon transverse, auquel cas il existe une matité suspendue entre deux zones de sonorité (Bachy, Rabère, Bérard et Dunet); ce signe, s'il ne présume pas de la nature glandulaire du kyste, est un signe important de tumeur kystique du pancréas.

Parfois, le kyste se glisse sous le côlon, effleurant la paroi immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne, l'insufflation du gros intestin encadrant son pôle supérieur d'une bande de sonorité (Delannoy et Driessens).

Très rarement il se porte à droite, en arrière du petit épiploon, et apparaît dans l'hypocondre droit, où sa masse paraît faire corps avec le foie; c'est presque toujours dans ce cas qu'apparaît l'ictère par compression du cholédoque (Scalone).

L'examen radiologique simple n'est pas d'un grand secours.

Après un repas ou un lavement baryté, il montre un transit intestinal normal, une absence de tumeur gastrique, de tumeur intestinale, mais souvent une déviation et compression de ces organes.

On peut tirer plus de renseignements d'une radiographie de profil : derrière l'opacité gastrique on aperçoit une ombre postérieure confinante à la colonne vertébrale et repoussant nettement l'estomac en avant.

L'insufflation gastrique et colique permettrait d'en délimiter nettement les contours.

Le pneumopéritoine a quelquefois été pratiqué, mais n'est pas du domaine de la pratique courante.

Les différents examens de laboratoire, de sang et d'urines, qu'on a pu pratiquer ne méritent pas beaucoup d'attention. Tant la réaction de Noguchi-Wöhlgemut, sur la recherche du taux du pouvoir diastasique du sang, que celle de Mayo Robson (recherche de la lipurie) et surtout de Cammidge, longtemps considérée comme caractéristique (*The Lancet*, 19 mars 1904), ne nous permettent pas de porter un diagnostic ferme de kyste du pancréas.

En résumé, pauvreté des symptômes fonctionnels et généraux, netteté plus fréquente des symptômes physiques : gros ventre, grosse tumeur arrondie et rénitente sus-ombilicale plutôt à gauche, rétrogastrique et rétrocolique chez un individu plus ou moins amaigri et qui souffre.

CHAPITRE VII

FORMES CLINIQUES

Si nous voulions décrire ici les formes cliniques d'après la symptomatologie, nous devrions décrire autant de formes cliniques que de cas décrits. Nous ne nous perdrons pas dans toutes ces considérations non plus que dans les formes anatomo-pathologiques déjà citées, et nous nous bornerons à décrire les formes cliniques d'après le siège des tumeurs : queue, corps et tête.

Les tumeurs de la queue du pancréas sont de loin les plus fréquentes. Sur 33 cas relevés, Körte en trouve 21 de la queue, 6 du corps, 4 de la tête et 2 de la tête et du corps. La proportion n'a guère changé depuis, et parmi les observations relevées nous trouvons 11 cas de kystes de la queue pour 1 du corps et 4 de la tête.

Leur symptomatologie est bien différente des autres kystes. Ils deviennent très longtemps latents puis se manifestent par une tumeur siégeant dans l'hypocondre gauche et entraînant une légère gêne. La douleur, en effet, est exceptionnelle; les troubles digestifs et de compression, aussi rares; la glycosurie, jamais remarquée. L'état général est également très peu touché : amaigrissement, asthénie tardifs; pas d'ictère. Par contre, ils sont souvent mobiles, car ils se développent sur le segment mobile de l'organe, mais cette mobilité est toute relative et dépend surtout du pédiculé et de l'absence d'adhérences aux organes voisins.

Leur symptomatologie, par conséquent, se résume à peu de chose, et ceci parce qu'ils siègent dans la région la moins

active de la glande et dont les rapports sont les moins importants.

Les kystes du corps sont beaucoup plus rares mais beaucoup plus douloureux. En rapport étroit avec le plexus caelique, ils entraînent des crises gastriques et des vomissements. De plus, vu leur siège dans la région active de la glande surtout riche en îlots de Langherans, il ne sera pas rare de rencontrer de la glycosurie et une atteinte plus sérieuse de l'état général. Signalons enfin le siège de la tumeur sur la ligne médiane.

Les kystes de la tête ne sont pas plus fréquents que ces derniers et siègent à droite de l'ombilic. Le cas de Lefort nous montre combien sont intenses les troubles digestifs et fréquents l'ictère et l'atteinte précoce de l'état général du fait sans doute de la compression du pylore et du cholédoque. Chez la malade du Docteur Rabère, l'intervention pratiquée assez tôt n'avait pas permis de constater ces troubles.

CHAPITRE VIII

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Les kystes du pancréas ont une évolution progressive assez lente. Ils évoluent en général en dix-huit mois à deux ans. On connaît même des cas qui n'ont été opérés que vingt-trois ans (Martin) et vingt-huit ans même (Desplats et Philardeau) après leur première constatation. Rien ne nous prouve même dans ces cas qu'ils aient été constatés à leur début, car souvent, en effet, ces kystes sont découverts au hasard d'un examen ou au milieu de l'état d'une complication.

Si leur développement au début se fait à bas bruit, il arrive cependant un moment où leur évolution se fait par poussées successives qui se traduisent par des crises plus ou moins violentes et plus ou moins rapprochées dont les caractères dominants sont la douleur, les troubles digestifs et l'augmentation subite du volume de la tumeur.

Quoi qu'il en soit, les kystes glandulaires, pas plus que les pseudo-kystes, n'ont aucune tendance à guérir spontanément. Ils conduisent progressivement le malade vers un degré de cachexie et d'asthénie qui se termine par la mort. Il est un fait qui mérite d'être signalé, c'est l'apparition de cette cachexie extrême sans autres signes de déficience pancréatique.

L'envahissement péritonéal, les métastases, sont également observées, et nous y reviendrons à la fin de ce chapitre. Mais cette évolution est parfois modifiée par l'apparition de *complications*.

La rupture du kyste est excessivement rare et se fait principalement dans le péritoine. Il s'agit le plus souvent d'un sujet porteur d'une tumeur abdominale d'origine inconnue qui, au cours d'un effort, d'un traumatisme, parfois même spontanément (Le Grand, Soc. de méd. de Rouen, déc. 1931), ressent une violente douleur abdominale accompagnée de frissons. Ce stade dure en général assez peu et fait place à une sensation de bien-être. La tumeur a disparu, mais tous les signes d'un épanchement libre, sans réaction péritonéale, sont décelés à l'examen.

Cette rupture pourrait se faire également dans les voies urinaires, l'intestin et la plèvre, mais nous n'en avons relevé aucun cas.

La suppuration est encore plus rare et pourrait survenir au cours d'un état septicémique. Cuny (Soc. nat. de chir., déc. 1933) en rapporte un cas dans lequel la fièvre, la douleur et la formule sanguine ne laissaient subsister aucun doute. L'intervention, d'ailleurs, montra la présence de pus. Mais s'agissait-il d'un kyste glandulaire ? Nous croyons qu'il avait plutôt affaire à un pseudo-kyste.

Les troubles de compression sont beaucoup plus fréquents. Il suffit de parcourir les observations pour remarquer qu'un malade avait de l'ictère; un autre présentait un syndrome d'occlusion, ou de la dyspnée; un troisième, des œdèmes, de l'ascite ou simplement des crises épigastriques douloureuses. Nous pouvons même dire que ce sont ces troubles qui ont décidé souvent le malade à venir se faire examiner. Jusque-là la tumeur était fort supportable, mais il arrive un moment où elle est si volumineuse que le cholédoque, un segment d'intestin, le diaphragme, les vaisseaux ou le plexus coeliaque sont comprimés plus ou moins fortement. Cependant il est des cas assez rares où leur apparition est plus précoce : nous voulons parler des kystes siégeant au niveau du corps ou de la tête du pancréas.

Les hémorragies intrakystiques sont, elles aussi, relativement fréquentes. Elles se produisent sous l'influence de

la distension des petits vaisseaux très fragiles qui irriguent la face interne du kyste, ou parfois sous l'effet d'un traumatisme. La tumeur alors devient douloureuse, tendue et augmente de volume au point de nécessiter une intervention d'urgence. On remarque alors qu'elle est remplie d'un liquide brun chocolat (Hartmann, Scalone...).

Nous citerons également la dégénérescence et la généralisation sur laquelle peu d'auteurs ont insisté et qui cependant est assez fréquente. Hartmann rapportait le cas d'une femme de 53 ans chez laquelle il fut impossible d'extraire le kyste et qui mourut quelque temps après l'intervention. A l'autopsie, il constata des noyaux cancéreux métastatiques du foie. Le malade de Friedenwald et Cullen (obs. XII) mourut dans les mêmes conditions six mois après avoir subi une seconde intervention. Une femme encore opérée par eux (obs. XI) mourut, environ sept ans plus tard, de récurrence.

La malade du Docteur Rabère (obs. III) revint à l'hôpital un an après l'opération avec une ascite énorme. L'examen montra un ventre dur, infiltré et tout laissait supposer une généralisation péritonéale. Malgré le traitement radiothérapique, qu'on dut interrompre d'ailleurs à la neuvième séance pour cause du mauvais état général, elle mourut à bref délai.

Kempeneers (*Bruxelles médical*, 1927) cite également le cas d'un malade qui dut subir une seconde intervention et ne put être sauvé, des métastases s'étant formées dans le foie, l'épiploon et l'intestin. Mais nous n'attacherons pas une grande importance à ce dernier cas, les comptes rendus histologiques laissant supposer qu'il s'agissait probablement d'un épithélioma kystique.

Ainsi donc, le pronostic est toujours sérieux. Si le sujet peut vivre parfois longtemps sans être gêné, il arrive un moment où l'on doit intervenir sans délai. Cette intervention, nous le verrons, souvent fort délicate, n'est pas encore sans dangers et même tardivement des complications assez nombreuses peuvent encore venir assombrir le pronostic.

CHAPITRE IX

DIAGNOSTIC

S'il n'est pas aisé de diagnostiquer une affection quelconque du pancréas bien caractérisée au point de vue anatomo-pathologique et à sa période d'état du fait de la situation de cette glande profondément cachée derrière l'estomac et du fait de l'inconstance des signes fonctionnels dits d'ordre pancréatique, quelle difficulté n'a-t-on pas à surmonter quand on envisage une maladie de cette glande tout à fait à ses débuts ? Il est permis d'affirmer que cette difficulté est en réalité, dans la pratique courante, une véritable impossibilité.

DIAGNOSTIC POSITIF.

A la période d'état, ici comme dans d'autres organes, ce diagnostic est basé sur des signes fonctionnels, physiques et radiologiques. Nous ne les énumérerons pas à nouveau, et nous nous bornerons à dire que tous ces signes, tant les physiques que les fonctionnels, mais ces derniers surtout, manquent souvent, ou s'ils existent ne prouvent pas leur relation avec le kyste. La présence d'une tumeur à gauche et sa situation rétro-intestinale ne sont pas la preuve d'une semblable lésion du pancréas, non plus que la douleur et les vagues troubles digestifs si souvent remarqués.

La radiologie, par contre, est un élément indispensable à l'élaboration de ce diagnostic, mais les examens de laboratoire sont assez pauvres et ne peuvent donner aucun renseignement dans les kystes canaliculaires.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Les diagnostics les plus divers ont été faits. N'a-t-on pas pris, en effet, de telles tumeurs lorsqu'elles siégeaient à gauche pour une tumeur splénique ? Il semblerait cependant qu'elle devrait se développer plus haut, sous les fausses côtes. De plus, il est classique de dire que les tumeurs de la rate présentent des incisures et un bord tranchant. Pareils caractères nous paraissent difficiles à trouver dans les kystes de la rate, et rien ne peut nous permettre de différencier les deux affections : même situation anatomique, mêmes rapports ou à peu près, donc impossibilité de diagnostic. Ceci explique l'erreur commise chez notre malade (obs. I) chez laquelle le diagnostic de maladie de Banti avait été posé. Il fallut également trois examens radiologiques à Zerbib (thèse Paris, 1932) pour écarter le diagnostic de grosse rate et penser à un kyste du pancréas.

Les tumeurs du rein, si l'on s'aide d'une bonne pyélographie et s'il existe quelques troubles urinaires, sont plus facilement éliminées. Carlier, Rbigetti néanmoins, et après eux, Charbonnel et Augistrou, auraient peut-être cru avoir affaire chez leurs malades à une hydronéphrose.

L'exemple de Terrier (*Revue de chirurgie*, 1906) montre que même au cours d'une intervention on peut prendre un kyste du pancréas pour un kyste des surrénales. Seul l'examen histologique vint rétablir la vérité.

Même certains kystes de l'ovaire ont été diagnostiqués (Potherat, Lejars), alors qu'il ne s'agissait que d'un kyste du pancréas pédiculé et tombant très bas. L'interrogatoire du malade pourra mettre sur la voie ainsi que le toucher vaginal. S'il reste un doute, on se rappellera le principe du plan incliné de Hartmann : « Les tumeurs nées de la partie supérieure de l'abdomen et descendues de l'excavation retournent au lieu d'origine lorsqu'on élève le bassin. »

Les erreurs sont aussi faciles si la tumeur siège à droite. Saugues avoue avoir pensé à une hydropisie vésiculaire. Evidemment, si l'on trouve chez pareils malades des anté-

cédents lithiasiques, c'est à ce diagnostic qu'on pense tout de suite.

Mais si la tumeur est médiane, quel mal n'aura-t-on pas à diagnostiquer un kyste du pancréas ?

Reboul, Bachy, ont pu penser à un kyste hydatique de la face gauche du foie. La profession du malade, la présence de chiens dans son entourage, la conservation de l'état général, l'existence d'éosinophiles dans le sang, la réaction de déviation du complément, constituent un ensemble de signes décisifs en faveur de ce diagnostic. On retiendra que leur absence ne permet pas d'éliminer catégoriquement cette affection, mais oblige à envisager d'autres diagnostics.

Lejars n'a-t-il pas également porté le diagnostic de péritonite tuberculeuse ? Finney, de tumeur solide du grand épiploon ? Mallet-Guy et Croizat, de néoplasme gastrique ? Charbonnel et Augistrou, d'abcès froid par congestion ?

Erreurs évidemment qui peuvent paraître de prime abord grossières, mais que le bon clinicien excuse fort bien, à cause précisément de la pauvreté des signes et de la rareté de pareils kystes.

Nous ne citons pas ici les cas où aucun diagnostic précis n'a pu être porté. Ils sont évidemment plus nombreux que ceux où le chirurgien a ouvert une paroi, sachant qu'il allait trouver un kyste du pancréas.

En résumé, sur les 19 cas que nous rapportons, le diagnostic a été fait ou esquissé 3 fois seulement.

C'est donc un diagnostic d'élimination dont nous pourrions ainsi résumer les étapes :

- établir le siège rétropéritonéal de la tumeur;
- éliminer le rein par la pyélographie;
- si la mobilité est grande, on peut éliminer une splénomégalie et approcher ainsi de la vérité.

Remarquons que cela ne vaut que pour les tumeurs développées nettement à gauche de la ligne médiane.

Peut-être pour celles qui siègent à droite au niveau de la

tête, l'élargissement du cadre duodénal à la radiographie pourrait être de quelque secours.

On comprendra, d'après les difficultés de ce diagnostic, qui n'est souvent tranché que par la laparotomie, qu'il serait vain, au point de vue clinique, d'essayer d'établir la nature glandulaire du kyste.

Les commémoratifs, le début de l'affection, la mobilité dans certains cas, pourraient à la rigueur permettre de prévoir s'il s'agit d'un kyste vrai ou d'un pseudo-kyste.

Mais on ne saurait perdre de vue que l'intervention est indiquée dans tous les cas et que la laparotomie exploratrice constitue ainsi le premier temps de l'intervention.

CHAPITRE X

TRAITEMENT

Le traitement des kystes du pancréas est essentiellement chirurgical. Les kystes doivent être considérés *a priori* comme des tumeurs malignes et traités comme tels.

Le traitement par les agents physiques n'est pas de mise, tout d'abord parce que le diagnostic exact est difficile, voire impossible, ensuite parce que ces tumeurs ne réagissent que peu ou pas au traitement radiothérapique. La malade de notre observation I avait subi de nombreuses séances de radiothérapie qui furent sans action sur la tumeur.

Donc, l'ablation totale doit être recherchée à tout prix. Cependant elle n'est pas toujours possible et, à côté des méthodes d'exérèse, il convient de placer une méthode palliative qui peut d'ailleurs amener quelquefois la guérison : la marsupialisation.

Voies d'accès : sur 15 observations où la voie d'accès fut notée, nous relevons :

- 4 laparotomies transversales gauches;
- 3 laparotomies verticales gauches;
- 7 laparotomies médianes, soit sus-ombilicales, ou à cheval sur l'ombilic;
- 1 incision de voie d'accès sur les voies biliaires Mayo-Villar.

Un tel éclectisme semble avoir été dominé surtout par le diagnostic préopératoire qui fut fait.

Chez l'opérée de M. le Professeur agrégé Massé (obs. I),

l'incision transversale de splénectomie donnait un jour très large sur la tumeur.

L'incision combinée, type incision de Finney en équerre, est recommandée par Mallet-Guy.

L'incision de splénectomie de Grégoire (Suire et Sergent; *Journ. de chir.*, juill. 1937) coudée à angle droit avec une branche verticale médiane et une branche transversale gauche, le sujet étant placé en lordose dorso-lombaire et incliné vers la droite avec un peu de scoliose à convexité gauche, donne un jour admirable sur la loge splénique, n'énervé pas la paroi et doit convenir aux tumeurs de la partie gauche du pancréas. Par contre, elle n'expose pas la portion céphalique de la glande, aussi pensons-nous qu'il vaut mieux pratiquer d'abord l'incision verticale médiane et débrider ensuite le grand droit correspondant, suivant qu'on désire se porter à gauche ou à droite.

L'extirpation, réussie pour la première fois par Bozemann en 1881, peut se présenter sous trois modalités :

- 1° énucléation simple du kyste;
- 2° extirpation par clivage du pancréas;
- 3° pancréatectomie.

De même, la *marsupialisation* peut être :

- 1° une marsupialisation simple;
- 2° une résection d'une partie de la paroi kystique avec fixation du reste à la paroi.

L'énucléation simple, lorsqu'elle est possible, est facile grâce au plan de clivage qui se trouve entre la tumeur et le tissu pancréatique, mais bien peu de tumeurs paraissent se présenter dans des conditions aussi favorables.

Rappelons que pour Letulle, Grandclaude, Delannoy et Driessens, le kyste canaliculaire de volume modéré, uniloculaire, facilement clivable de ses attaches pancréatiques, est la meilleure forme susceptible d'être ainsi traitée.

La pancréatectomie partielle est la méthode idéale qui permet seule une exérèse complète répondant aux règles de

la chirurgie du cancer. Malheureusement, elle n'est pas toujours possible :

1° en raison du volume et des adhérences de la tumeur;

2° à cause du siège du kyste.

Les observations de duodéno-pancréatectomie se comptent, et cette opération n'est pas entrée dans la technique courante en raison de ses difficultés, de l'impossibilité de traiter correctement le moignon du canal de Wirsung, et de sa haute mortalité.

Seules les tumeurs limitées à la queue sont justiciables de la pancréatectomie, à condition qu'elles soient suffisamment libres. La technique a été bien réglée par Mallet-Guy.

TECHNIQUE. — Malade en lordose dorso-lombaire.

Chirurgien placé à droite.

Incision en équerre, épigastrique médiane verticale puis coudée transversalement vers le neuvième cartilage gauche.

Section large du ligament gastro-colique.

Relèvement de l'estomac et abaissement du côlon transverse.

Libération de la face antérieure et du bord inférieur du pancréas en faisant une hémostase minutieuse.

Libération de la face postérieure et du bord supérieur du pancréas de gauche à droite en disséquant les vaisseaux spléniques et en liant leurs branches destinées au pancréas. Une fois le corps de la glande entièrement libéré, section en coin du pancréas au bistouri électrique sur la ligne médiane.

Péritonisation à l'aide du grand épiploon, qui est tassé et basculé dans l'arrière-cavité.

Drainage par mèches et par drains.

Il faut s'attendre à un écoulement important de liquide pancréatique qui peut être modéré par l'administration d'atropine et qui tarit spontanément en quelques semaines sans donner lieu à une fistule persistante.

Mallet-Guy a pratiqué 3 fois cette opération pour des

pancréatites chroniques localisées au corps du pancréas avec de très bons résultats.

Santy et Mallet-Guy l'ont pratiquée avec succès pour un kyste glandulaire de la queue (obs. X).

L'extirpation est-elle réalisable dans de bonnes conditions ? Nous ne pouvons le dire, car nous manquons de résultats éloignés.

Tous les auteurs signalent les difficultés rencontrées. Au début, la paroi kystique est aisément clivable, mais dès qu'on approche de la glande les adhérences augmentent. Lepoutre note que d'abord la paroi paraît se cliver, puis dans la profondeur il rencontre une sorte de pédicule épais de plusieurs centimètres avec des vaisseaux. Bachy, qui renonça d'ailleurs à l'exérèse, voit au contact du pancréas un épaissement de la paroi se continuant dans la profondeur avec le tissu pancréatique. Le Docteur Rabère admet que pour extirper complètement la tumeur il lui aurait fallu enlever en même temps du pancréas et fut obligé de laisser une cupule postérieure du kyste adhérent à la glande.

La marsupialisation reste donc une méthode de nécessité à laquelle on n'a recours que la main forcée. Nous n'insisterons pas sur sa technique, qui est simple, ni sur ses inconvénients, et nous pensons pouvoir résumer ainsi les indications thérapeutiques :

1° D'une part, dans les tumeurs qui paraissent d'emblée inextirpables en raison de leurs adhérences avec les organes voisins (obs. I), il faut se résoudre à la marsupialisation sans chercher à aller plus loin.

2° Certaines tumeurs par trop volumineuses siégeant à la queue, suffisamment mobiles, sont justiciables de la pancréatectomie gauche qui nous paraît beaucoup plus simple que la décortication de la tumeur (Santy et Mallet-Guy, Simon).

3° Dans les autres cas, ou bien on part pour une exérèse et lorsque le clivage est facile on réalise une énucléation (Bérard et Dunet, Delannoy et Driessens), ou bien l'exérèse est difficile mais peut être amenée à bien, et l'on fait une

extirpation pas toujours complète de la tumeur (Rabère). Enfin, si l'ablation est impossible, car elle exposerait à la blessure des vaisseaux spléniques, du duodénum ou de l'intestin grêle; il faut se résoudre à la marsupialisation après avoir réséqué le plus possible de la paroi kystique.

RÉSULTATS. — Nous trouvons, sur 19 opérations :

2 pancréatectomies gauches avec une mort;

2 énucléations;

5 extirpations complètes;

1 extirpation large mais incomplète;

9 marsupialisations avec une mort au quatrième jour.

Les morts ont été dues :

pneumonie, 1 cas (obs. VIII);

dilatation aiguë de l'estomac, 1 cas (obs. II).

Nous avons noté pour une de nos malades (obs. I) des complications pulmonaires extrêmement graves apparues dès le lendemain de l'opération, mais qui ont guéri.

Nous ne pouvons nous faire une idée des résultats éloignés de ces opérations, mais cependant nous relevons que la malade qui avait subi une extirpation incomplète (obs. III) récidiva six mois plus tard et mourut d'un cancer du foie probablement métastatique, un an après.

Chez les malades marsupialisés, nous trouvons 4 morts :

— une un an après de tuberculose pulmonaire, alors que l'état local était bon et qu'il ne persistait qu'une fistule muqueuse insignifiante (obs. IV);

— une un an et demi après de septicémie due à l'infection secondaire de la poche, sans qu'il parut y avoir de métastases (obs. I);

— un huit ans après la marsupialisation d'un cancer du foie (obs. XII);

— un six ans et demi après avec envahissement de la paroi par un carcinome (obs. XI).

Il serait intéressant de savoir ce que sont devenus les

autres malades marsupialisés. Nous ne connaissons que les résultats immédiats. L'opérée de Moure et Fontaine avait encore une fistule un mois et demi après l'opération. Les autres ont guéri après fistulisation de un mois (Scalone), deux mois (Pelagatti) et trois mois et demi (Bachy).

Ces résultats de la marsupialisation paraissent troublants, mais nous ne pouvons conclure fermement, puisque seuls les résultats éloignés sont valables, et nous ne les connaissons pas pour ces quatre derniers malades. Retenons également que, pour toutes les marsupialisations dont nous connaissons les résultats éloignés, ces derniers ont été mauvais. Cependant, les kystes guéris par marsupialisation ne présentaient aucun signe de malignité histologique, c'étaient des kystes simples et non des kystes végétants.

Nous pouvons donc, en conclusion, retenir que les kystes du pancréas doivent être divisés comme les kystes de l'ovaire en deux grandes classes :

1° *Les kystes simples bénins* susceptibles de guérir par marsupialisation, mais pouvant toujours dégénérer, quelquefois longtemps après. Il ne faut donc pas se fier à leur bénignité histologique.

2° *Les kystes végétants*, tumeurs indiscutablement malignes, qui sont des dysembryomes dont l'exérèse n'est que rarement possible et dont le pronostic est fatal.

CHAPITRE XI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé MASSÉ
et de M. le Docteur R. DARMAILLACQ, chef de Clinique chirurgicale.)

Mme P..., 32 ans, vient consulter en novembre 1933, pour une tumeur du flanc gauche apparue en juin de la même année.

Antécédents personnels. — Bronchites à répétition.

Deux grossesses, la dernière datant de deux ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Cinq mois auparavant, la malade s'est aperçue par hasard d'une voussure dans l'hypocondre gauche, sans éprouver la moindre douleur et sans aucune manifestation du côté de l'état général, qui est excellent.

Cette tumeur ne paraît pas avoir grossi sensiblement depuis son apparition. A l'heure actuelle, elle entraîne simplement un peu de gêne après les repas, la malade ayant la sensation que son estomac se vide mal.

Au début de sa maladie, les médecins consultés ont pensé à une grosse rate. On a fait une radiographie sans préparation, qui a montré une ombre dans la région splénique. On a fait des examens de sang qui ont montré une formule hémoleucocytaire normale et une réaction de Bordet-Wassermann négative.

L'analyse d'urine a également été négative et on a pratiqué dix séances de radiothérapie qui n'ont eu aucune influence sur le volume de la tumeur.

A l'examen, on se trouve en présence d'une jeune femme en bon état général, dont l'appétit est conservé, qui n'a pas maigri et n'a pas de température.

A l'inspection, on constate une nette voussure de l'hypocondre gauche.

A la palpation, on trouve une tumeur du volume d'une noix de coco qui se perd sous le rebord costal gauche. Cette tumeur est mate à la percussion, lisse dans toute sa surface, de consistance plutôt dure, indolore à la pression et légèrement mobile de haut en bas.

M. le Professeur Sabrazès voit la malade au mois de décembre 1933, pense à une maladie de Banti et conseille une splénectomie.

Opération (le 22 décembre 1933). — Anesthésie générale à l'éther. Incision oblique sous-costale de splénectomie. Le péritoine ouvert, on voit entre l'estomac et le côlon transverse, qui sont refoulés, une tumeur grosse comme une tête d'enfant, dont la surface bleuâtre est sillonnée de vaisseaux volumineux. On reconnaît que cette tumeur est implantée au niveau du corps et de la queue du pancréas. La ponction avec une gros trocart à kyste ramène 2 litres de liquide de couleur chocolat. Le volume de la tumeur ayant diminué, on examine ses attaches postérieures. On voit qu'elle est intimement adhérente au pédicule splénique et à l'angle duodéno-jéjunal, ce qui fait renoncer à l'exérèse. Résection d'une partie de la paroi kystique. On constate alors qu'il s'agit d'un kyste multiloculaire nettement végétant avec des débris flottant dans le liquide qui reste. La paroi est épaisse, fibreuse, et crie sous les ciseaux. Marsupialisation. Mise en place de deux mèches et d'un gros drain dans la cavité.

Suites. — Le lendemain, la malade est prise brusquement de dyspnée et tachycardie. Une broncho-pneumonie se développe et finit par guérir vers le dixième jour après avoir mis la malade dans un état extrêmement grave.

L'orifice de marsupialisation n'a aucune tendance à la fermeture et continue à sécréter un liquide coloré en brun, ce qui oblige à changer les pansements deux fois par jour. Des essais de régime

antidiabétique, l'administration d'atropine, n'amènent aucun changement dans cet écoulement.

Au bout de quatre mois, le kyste s'infecte. On note alors de l'amaigrissement, une température vespérale à 38 degrés et 38°5, des douleurs lombaires, un écoulement purulent et fétide. Des essais de dilatation en mai 1934 ne donnent aucun résultat.

La malade, revue en juillet 1935, est en très mauvais état général et présente des clochers thermiques. On envisage devant cette suppuration et cette température un drainage par voie lombaire. On y renonce, car l'état général est trop mauvais et la malade meurt cachectique le 20 septembre 1935.

Examen histologique fait par M. le Professeur Sabrazès le 17 janvier 1934 (Laboratoire de M. le Prof. Sabrazès, n° 1642).

Kyste présentant des foyers adénomateux à épithélium cylindrique. Ils sont en bordure, quelques-uns assez profonds, comme des diverticules de la muqueuse; c'est un kyste par dysembryoplasie.

Epithélium haut de type intestinal ou canaliculaire. Pas de tissu pancréatique indépendamment de ces productions de type excrétoire. Autour de ces aspects glanduliformes, on voit une limitante constituée par des fibroblastes très grêles et un tissu dense plus pauvre en fibrocytes en avançant vers la paroi externe, zone où les vaisseaux sont plus nombreux.

Un autre segment présente à peu près les mêmes dispositions. La muqueuse est onduleuse, comparable à celle d'une vésicule biliaire.

Dans la paroi, diverticules nombreux et même adénomes kystiques.

Sur les confins de l'adénome (comparable à un adénome ganglionnaire intestinal), on trouve plus de diverticules.

Kyste à épithélium cubo-cylindrique.

Dans une autre zone, tissu formé par des sortes de cavités avec logettes irrégulières dans lesquelles les cellules sont mal conservées, polyédriques, dissociées. Ce tissu ne réalise nullement l'image d'un pancréas acineux.

OBSERVATION II (Inédite).

L..., 64 ans, manœuvre, habitant le Bouscat, est transaté d'urgence d'un service de médecine dans le service de M. le Professeur Guyot, suppléé alors par M. le Professeur agrégé Loubat.

Ce malade est entré la veille en médecine très fatigué. Il raconte que son ventre a grossi progressivement depuis six mois, qu'il a beaucoup maigri et qu'il éprouve des douleurs diffuses dans l'abdomen.

Depuis deux mois, il est très constipé et n'est pas allé à selle ni n'a pas eu de gaz depuis l'avant-veille.

A l'examen, homme très amaigri et fatigué que l'on n'arrive pas à interroger de façon satisfaisante. Température, 37°2. Pouls, 120. Le ventre, très augmenté de volume, est tuméfié, en obusier. L'ombilic n'est pas déplissé; il n'y a pas de circulation veineuse collatérale. Le ventre est mat dans sa totalité.

On pense à une généralisation péritonéale d'une tumeur digestive, et on décide d'intervenir.

Intervention (le 4 septembre 1937, Dr R. Darmaillacq, chef de Clinique chirurgicale). — Sous anesthésie locale, petite incision à cheval sur l'ombilic. On constate que le péritoine est libre et qu'il existe une énorme tumeur développée entre l'estomac et le côlon transverse. Refoulement de l'intestin, qui est absolument plat. La ponction donne issue à plusieurs litres de liquide nettement sanglant. A l'ouverture, kyste multiloculaire rempli de très grosses végétations d'aspect charnu tout à fait nécrosées. Prélèvement d'un fragment pour examen histologique et marsupialisation.

Suites. — Le 7 septembre 1937, mort avec un syndrome de dilatation aiguë de l'estomac : vomissements noirs, extrêmement abondants, tachycardie.

Nécropsie. — Estomac très dilaté. Pas de péritonite. Il est absolument impossible de dire aux dépens de quelle portion du pancréas s'est développée cette tumeur, qui adhère à presque tous

les organes de l'arrière-cavité. On essaie l'extirpation, et il est impossible de trouver un plan de clivage.

Examen histologique fait par M. le Professeur Sabrazès. — Kyste végétant du pancréas. Il n'a pas été possible, en raison de la nécrose de l'épithélium, d'étudier complètement les caractères histologiques.

OBSERVATION III (Inédite).

(Due à l'obligeance de MM. les Docteurs RABÈRE, chirurgien des hôpitaux, et BARROUX, chef de clinique chirurgicale.)

G... (Yvonne), 27 ans, demeurant à Pauillac, entre salle 2, à l'Hôpital Saint-André (Bordeaux), le 17 mars 1936, parce que depuis trois ans elle a constaté au niveau de son abdomen l'apparition d'une tumeur de la taille environ d'une mandarine.

Antécédents. — Rien à signaler, si ce n'est une grossesse. Cette tumeur ne semble pas être fixée et la malade déclare l'avoir palpée dans toutes les régions de l'abdomen. Elle n'était nullement douloureuse et ne présentait depuis son apparition aucune augmentation de volume, si bien que la malade ne s'en inquiétait pas. Mais en février 1936 elle fut réveillée par une douleur abdominale à type de colique qui se répéta les jours suivants, et elle se décida à entrer à l'hôpital.

Examen. — On se trouve en présence d'une jeune femme en bon état général : ni amaigrissement, ni fièvre, ni ictère.

A l'inspection, on constate une voussure de son hypocondre droit. La tumeur, mobile dans tous les sens, dure, mate, et non douloureuse à la palpation, atteint le rebord costal droit.

Aucun signe fonctionnel; aucun signe de déficience pancréatique, ni dyspepsie, ni modification des selles. La formule hémoleucocytaire montre une éosinophilie de + 7 p. 100. Le Weinberg et le Casoni sont légèrement positifs.

Pensant avoir affaire à un kyste du pancréas, le Docteur Rabère décide d'intervenir le 26 mars 1936.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane à cheval sur

l'ombilic. Présence d'un kyste adhérent à la face antérieure de la tête du pancréas et à toute la boucle duodénale. Extirpation laborieuse et à peu près complète. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites normales, sans fistule, et à la fin du mois d'avril, la malade rentre chez elle.

En août, elle commence à ressentir des douleurs lombaires, mais l'état général est toujours satisfaisant.

Au début de novembre, la malade fait une pleurite gauche (point de côté, température, dyspnée, amaigrissement de 5 kilos en trois semaines), mais quitte le lit au début de décembre.

Dès lors apparaissent un ensemble de symptômes digestifs : brûlures d'estomac avec régurgitations acides, vomissements bilieux, digestions pénibles.

Les douleurs lombaires s'accompagnent de douleurs de la cuisse droite, et le 23 janvier 1937, la malade constate une notable augmentation de volume de son ventre. Dans le courant de février, le volume du ventre et les douleurs lombaires ne cessent de croître, et en mars elle revient trouver le Docteur Rabère, qui, après avoir retiré environ 7 litres de liquide d'ascite, l'envoie au Centre Bergonié (22 mars 1937).

L'état général est très peu satisfaisant; la malade est très amaigrie et présente une température vespérale à 39°4. Son urée sanguine est de 0,15. Le Bordet-Wassermann et le Hecht sont négatifs.

Elle a une légère albuminurie (0,05) mais une forte urobilinurie, et le 30 mars on commence des séances de roentgenthérapie.

Le 20 avril (9^e séance), on doit interrompre en raison du mauvais état général de la malade.

Le 25 avril, on la fait transporter chez elle où elle ne tarde pas à mourir.

Compte rendu de l'examen anatomo-pathologique fait par M. le Professeur Sabrazès :

Kyste végétant du pancréas. Kyste vrai à grosses cavités, variant d'une lentille à la grosseur d'une tête d'épingle.

Parois végétante, papilliforme (signe de malignité histologique).

En plus du caractère végétant, caractère diverticulaire vers le stroma, qui est constitué de tissu conjonctif lâche, oedémateux en divers points.

Revêtement à cellules cylindriques hautes à plateau non strié, avec phénomène de nécrobiose dans le kyste.

Lymphocytose dans le stroma.

Figures d'amitose. Stroma mucipare dans les parties oedémateuses.

Examen du liquide d'ascite : présence d'urates, de cellules épithéliales et de polynucléaires.

Absence de flore microbienne.

OBSERVATION IV.

(CHARBONNEL et AUGISTROU, Bordeaux,
Bull. et Mém. Soc. nat. de chir., 27 nov. 1929.)

Gros kyste du pancréas disparaissant complètement par intermittences

Mlle X..., 25 ans, dans les antécédents de laquelle on relève une pleurite gauche et un mal de Pott dorsal supérieur, vient consulter parce qu'elle présente une tumeur de l'hypocondre gauche provoquant une gêne respiratoire et des douleurs. Son volume est celui d'une tête de fœtus.

L'auscultation ne donne rien et, après avoir diagnostiqué un énorme abcès froid par congestion, on préconise l'héliothérapie. Puis la tumeur disparaît au bout de quelque temps et reparaît à nouveau. On pratique alors un examen radiologique qui dévoile la présence d'une masse sombre dans l'hypocondre gauche comprimant l'estomac et le rejetant vers la droite. De nouveau on pense à un abcès froid, et le lendemain on veut faire une ponction exploratrice quand on s'aperçoit que tout a disparu.

Deux mois après, nouveaux phénomènes identiques; on pense alors à une possibilité de troubles de l'évacuation gastrique ou à de l'aérophagie.

La tumeur augmente pendant six mois puis disparaît brusquement.

Un mois après, reproduction des mêmes phénomènes mais accom-

pagnés d'amaigrissement, d'hématurie totale pendant quarante-huit heures, d'un ictère franc et de vomissements bilieux. On écarte l'idée d'un kyste hydatique; on pense plutôt à une hydronéphrose intermittente. Le cathétérisme ne donne rien.

L'intervention est décidée après de nombreux examens radiologiques montrant qu'il s'agissait d'une tumeur venant de la profondeur et refoulant en avant l'estomac.

Intervention (le 4 juin 1929). — Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie gauche. On trouve une grosse masse kystique qui distend l'épiploon gastro-colique en repoussant en avant et à droite l'estomac, qui est aplati mais sans adhérences avec la tumeur. Le côlon est en bas, également isolable. On fait une fenêtre dans le grand épiploon, et on commence l'isolement, puis on ponctionne, et à l'aspirateur on retire environ 2 litres 1/2 d'un liquide brunâtre et visqueux. L'extirpation complète est impossible à cause des adhérences profondes intimes avec le pancréas et les gros vaisseaux et on fait une extirpation partielle avec marsupialisation du reste, après quoi en suture la paroi en un plan. Les jours suivants, un léger suintement persiste; et au bout de vingt-cinq jours, la malade sort de la clinique avec son petit drain.

En juillet, elle augmente de 5 kilos.

En août, elle a de la température : 38° le soir, et perd 3 kilos.

L'exploration du trajet, la palpation de la région opératoire, n'indiquent pas de rétention. L'auscultation et la radioscopie pulmonaire sont négatives.

En septembre, on essaie une cure d'insuline sans résultat appréciable; on supprime le petit drain.

En octobre, la température est tombée, mais l'anorexie persiste.

En novembre, la malade a encore perdu 1 kilo. La température est remontée à 38°4, mais on trouve l'explication dans une rétention de pus, qui nécessite la remise en place d'un drain dans le trajet, qui a encore une longueur de 8 centimètres.

Finalement elle mourut quelques années plus tard de tuberculose pulmonaire vraisemblable et avait encore une petite fistule.

Examen histologique fait par M. le Professeur Sabrazès. — Cet

examen, pratiqué sur les segments prélevés en trois points différents de la poche, montre une collection de kystes dans une paroi qui contient des ébauches de tissu entéroïde. L'épithélium de revêtement des kystes est parfois à cellules cylindriques hautes, parfois à cellules aplaties et crénelées. On trouve de nombreux petits kystes séparés par de minces cloisons de tissu conjonctif avec quelques lymphocytes. Il n'y a pas d'indice de transformation maligne. La muqueuse sur des préparations au muci-carmin montre çà et là quelques cellules nettement mucipares peu nombreuses (1 sur 50 cellules). Les microkystes n'en contiennent pas; et tandis que le liquide du grand kyste montre de faibles réactions de mucus, celui des petits kystes, qui ont un revêtement cubique ou même plat, n'en donne pas du tout.

OBSERVATION V.

(BÉRARD et DUNET, *Soc. de chir. de Lyon*, mars 1924.)

Kyste de la queue du pancréas. — Extirpation.

Mme X..., 39 ans, dans les antécédents de laquelle nous relevons cinq grossesses dont deux fausses couches, vient consulter pour une tumeur abdominale indolore ayant apparue il y a un an dans la région périombilicale gauche et pour troubles digestifs plus récents : anorexie et vomissements.

Examen. — Etat général assez altéré.

Présence d'une tumeur arrondie, rénitente, mate, située dans la région sous-costale gauche, entre la sonorité gastrique et la sonorité colique.

L'examen radiologique montre que cette tumeur est absolument indépendante de l'estomac, du foie, et du rein. On pense à un kyste du pancréas.

Intervention. — Incision curviligne sous-costale gauche partant de l'appendice xyphoïde et allant jusqu'à la ligne axillaire gauche. Le kyste apparaît; on le ponctionne au trocart et on l'extirpe en totalité. Le pancréas est tamponné à la compresse et drainé, la paroi refermée.

Résultats. — Cinq jours après, on enlève le drain et la plaie se cicatrise complètement.

Examen histologique. — Le kyste est formé d'une paroi conjonctive recouverte d'une couche unistratifiée de cellules cylindriques à noyau basal. On note dans cette paroi la présence de microkystes et d'amas glandulaires dont l'épithélium est identique à celui des acini pancréatiques. Pas de signes de dégénérescence néoplasique.

OBSERVATION VI.

(SANGUES, Soc. de chir. de Lyon, 1925.)

Volumineux kyste du pancréas. — Extirpation complète.

Guérison.

La malade est une fille de 12 ans, qui vient consulter pour ictère avec fièvre et douleurs à type de coliques hépatiques. Pareils symptômes se seraient déjà manifestés trois ans auparavant.

A l'examen, on se trouve en face d'une enfant chétive, atteinte d'ictère par rétention typique. La palpation révèle une tumeur mobile, indolore, dont la matité à la percussion se continue avec la matité hépatique.

Devant ces signes, le diagnostic d'hydropisie vésiculaire est posé, et on décide d'intervenir.

Incision de Mayo modifiée par Villar sous anesthésie générale. On découvre une tumeur pancréatique qu'on peut aisément extirper.

On referme totalement la paroi en faisant néanmoins un drainage lombaire.

Les suites sont on ne peut plus simples. L'ictère disparaît en peu de temps, et la malade, revue plusieurs fois, n'a plus eu de crises, qui étaient simplement dues à une compression des voies biliaires par un kyste de la tête du pancréas.

OBSERVATION VII.

(SANGUES, Soc. de chir. de Lyon, 1935.)

Il s'agit d'un adolescent de 16 ans qui s'est toujours bien porté pendant son enfance.

Depuis peu de temps il se plaint d'une gêne, de pesanteur abdominale, mais ne ressent pas la moindre douleur. Ce qui l'amène surtout au médecin, c'est l'apparition d'une tumeur abdominale.

L'état général est satisfaisant et l'inspection révèle une voussure de l'hypocondre gauche.

A la palpation, on sent nettement une tumeur solide non douloureuse et mobile.

Elle est mate à la percussion et séparée de la matité hépatique par une zone de sonorité.

L'examen radiologique montre une ombre rétrogastrique et un estomac déporté à droite et en avant.

Sans autre signe, on se décide à intervenir.

Anesthésie générale à l'éther. On trouve une grosse tumeur d'origine pancréatique.

L'extirpation complète est possible. Fermeture sans drainage. Les suites sont normales et la guérison complète.

OBSERVATION VIII.

(METZLER, *Archiv. für klinisch. chirurgie*, 1925.)

Sur un cas de cystadénome du pancréas.

Femme de 61 ans qui présente des douleurs abdominales et de l'asthénie; douleurs se reproduisant par crises tous les deux ou quatre jours.

Autres signes : anorexie, léger amaigrissement.

Examen. — Bon état général.

Dans l'hypocondre gauche, présence d'une tumeur dure, du

volume de la tête d'un enfant, au-dessus de laquelle existe du météorisme.

La radiographie montre une grosse déviation de l'estomac sans altération pathologique.

Opération. — Laparotomie. Soulevant le côlon, on trouve une tumeur remontant derrière la grosse tubérosité de l'estomac. On la libère et l'extériorise, puis on pratique une résection de la queue et de la tumeur.

Suites. — Bonnes localement. Mais quelques jours plus tard la malade meurt de broncho-pneumonie postopératoire.

Examen macroscopique. — Tumeur de forme ovale lisse, encapsulée, présentant une grande cavité entourée de nombreuses petites cavités.

Examen microscopique. — Chaque kyste est formé d'une lumière entourée de petites cellules avec une basale. Ces cellules ont un aspect épithélial. L'épithélium des petits kystes est cubique, celui des grands a tendance à perdre sa hauteur et à devenir endothélial.

Dans aucun point il n'existe d'îlots de pancréas normal.

OBSERVATION IX.

(Hermann SIMON, *Beitr. z. Klin. Chir.*, Berlin, 1925,
CXXXIV, p. 440-442.)

Cystadénome du pancréas.

Femme de 35 ans, dont les antécédents et l'histoire n'ont rien d'anormal.

Trois mois avant d'entrer à l'hôpital, elle s'aperçut que son ventre s'alourdissait; elle n'avait aucun signe particulier, aucune douleur abdominale, ne vomissait pas, n'avait pas maigri.

Un premier médecin diagnostique une ascite, et fait une ponction qui retire quelques litres de liquide. Sur ses conseils, la malade entre à l'hôpital.

Lorsqu'on l'examine, on voit qu'au milieu du ventre existe une grosseur du volume d'une tête d'homme. Vu l'ascite, on pense à un kyste de l'ovaire, mais l'examen gynécologique écarte cette hypothèse.

Intervention. — Laparotomie sous-ombilicale. Pas de tumeur génitale, mais il s'agit bien d'une masse kystique rétropéritonéale faisant saillie entre l'estomac et le côlon transverse, et venant du pancréas. Après incision de l'épiploon gastro-colique et passage à travers le ligament gastro-colique, on arrive à isoler ce kyste. L'extirpation totale est impossible. Suture de la paroi après avoir mis mèches et drains.

Résultat parfait, et la malade quitte l'hôpital vingt-cinq jours après l'opération.

Examen histologique (Henke). — Il s'agit de nombreux kystes qui forment la tumeur. D'une manière générale, ils sont tapissés par une paroi épithéliale à hautes cellules cylindriques, reposant sur une membrane basale. Les caractères de cette coupe sont identiques partout. Cependant, on voit souvent, au niveau de l'épithélium, de petites papilles qui sont formées, aux dépens de l'épithélium, de revêtement cylindrique. Quelques points de la préparation montrent un épithélium cubique.

On a également étudié les réactions chimiques du liquide, qui ont montré des ferments pancréatiques.

OBSERVATION X.

(SANTY, MALLET-GUY, CROIZAT, *Lyon chirurgical*, 1936.)

Tumeur polykystique du corps du pancréas.

Pancréatectomie gauche.

La malade est une femme de 51 ans, qui, depuis quinze jours, avait constaté une tumeur épigastrique et accusait des céphalées et de la diarrhée.

En 1934, elle présente un épisode fébrile avec douleurs lombaires, et on pense à une cholécystite.

En 1935, elle accuse de sérieux troubles digestifs : anorexie, di-

gestions lentes et pénibles, diarrhée postprandiale, selles peu colorées, fétides, et un très net amaigrissement; en deux mois, elle aurait perdu 12 kilos.

On diagnostique un néoplasme gastrique.

Intervention. — Anesthésie locale. Laparotomie épigastrique. Pancréatectomie gauche. On libère la veine splénique. On sectionne le col du pancréas au bistouri électrique. Le moignon est suturé, enfoui, et exclu grâce au grand épiploon, que l'on retrousse au-dessus du côlon. Une petite mèche et un drain sont laissés au contact du moignon, et la paroi est fermée presque complètement.

Les suites sont normales; pas de signes de déficit pancréatique.

Examen histologique. — Présence de deux parties distinctes, séparées par une zone adipeuse :

1° Lobules pancréatiques indemnes de sclérose, à structure acineuse normale, avec de rares îlots de Langherans;

2° Multitude de kystes à épithélium cylindro-cubique ou aplati, légèrement acidophile.

Les kystes sont séparés les uns des autres par des bras fibreux contenant d'assez nombreuses néoformations musculaires lisses. Les vaisseaux sont englobés dans la sclérose. Le tissu fibreux, très peu inflammatoire, contient parfois de petits amas pigmentaires.

OBSERVATION XI.

(FRIEDENWALD et CULLEN, *The American Journ. of the med. sc. Philad.*, sept. 1926.)

Kyste du pancréas. — Drainage et ablation partielle de la paroi kystique. — Abscess sous la ligne d'incision deux ans et demi plus tard; série d'abcès analogues ultérieurement. — Développement d'un carcinome « in situ ». — Mort de cancer environ sept ans après l'opération.

Femme de 58 ans, consulte en novembre 1918 pour troubles digestifs et tumeur de l'hypochondre gauche. Amaigrissement.

Examen. — Tumeur du volume d'une grosse noix de coco dans le cadran supérieur gauche de l'abdomen, facilement mobilisable. Pas de bord tranchant.

A la radiographie, déformation de la grande courbure gastrique.

Opération le 18 décembre 1918, avec diagnostic de splénomégalie. Anesthésie générale. Incision paradrectale gauche. Tumeur de coloration bleuâtre, adhérente au pancréas. Résection d'une partie du kyste. Marsupialisation, méchage.

Suites bonnes. Sortie en janvier 1919.

Revue en avril 1919 : Bon état.

Le 11 juillet 1921, rougeur de la cicatrice, petit abcès sous-cutané. Malade revue le 22 avril 1923 : Mauvais état général. Elle raconte une histoire d'abcès à répétition, se reproduisant sous la cicatrice (30 en tout). Gros amaigrissement, diarrhée, perte de l'appétit, température, adénopathie axillaire gauche. Il existe à nouveau une tumeur immobile, non fluctuante, dans l'hypocondre gauche.

Au niveau de la cicatrice, orifice ulcéreux rempli de tissu nécrosé.

Examen histologique. — Image d'adénocarcinome.

Mort le 30 octobre 1923.

OBSERVATION XII.

(FRIEDENWALD et CULLEN, *The American journ. of med. sc. Philad.*, sept. 1926.)

Kyste du pancréas, suivi pendant deux ans, drainé par le docteur J. C. Todd. — Second drainage d'un kyste huit ans plus tard. — Modification de la paroi kystique indiquant la malignité. — Mort six mois après une deuxième opération.

Homme de 36 ans, consulte pour la première fois en 1920. Vieille histoire de troubles digestifs avec coliques. Bonne santé dans l'intervalle de ces troubles. Déjà opéré en 1903 pour un kyste du pancréas qui fut drainé. Depuis deux ans, les troubles digestifs ont augmenté.

La radiographie montre une grosse déformation de l'estomac due à une compression extrinsèque. Le malade refuse l'opération.

Revu en 1923, il se plaint de crises douloureuses abdominales aiguës intermittentes, avec une grosse masse épigastrique. Bonne santé dans l'intervalle des crises. Le malade avait l'impression que la tumeur changeait de volume de temps en temps. Gros amaigrissement.

Diagnostic préopératoire. — Kyste du pancréas. Opération le 16 janvier 1923. Incision latérale droite abandonnée, car le foie était adhérent à la paroi. Incision latérale gauche. Ouverture du kyste, contenant 1 litre de liquide. Marsupialisation simple.

Jusqu'à sa sortie (30 mars 1923), issue d'un liquide muqueux. Amélioration de l'état général, mais après le malade maigrit et meurt en juillet d'un cancer du foie probablement secondaire.

L'examen histologique avait montré une image suspecte d'adénocarcinome.

OBSERVATION XIII.

(SCALONE, *Policlinico*, 1928.)

Kyste glandulaire traumatique du pancréas.

Enfant de 12 ans qui, à la suite d'une chute sur le ventre quatre mois auparavant, a présenté un syndrome péritonéal. Guéri dix jours après, il fait une pleurésie, et, à peine guéri, voit apparaître une tuméfaction épigastrique peu douloureuse. On pratique une ponction, et on retire trois quarts de litre de liquide séro-hémorragique, mais la tumeur se reforme quinze jours plus tard.

Examen. — L'état général est mauvais.

La palpation permet de dire que cette tumeur est lisse, régulière, fluctuante, de consistance dure, élastique. Elle est mate sur toute sa partie médiane et inférieure, sauf cependant à sa partie supérieure, et son bord latéral droit se continue avec la matité hépatique.

La radiographie permet de voir une déformation gastrique d'origine compressive.

Les divers examens de laboratoire pratiqués sont sans intérêt. Les douleurs persistant, on se décide à intervenir.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. A travers le ligament gastro-colique, on voit la tumeur lisse, luisante, sphérique. Après évacuation de 2.500 cm³ de liquide trouble, on marsupialise.

Les suites sont bonnes. Un mois après, la fistule est fermée.

Examen histologique. — Au faible grossissement, on voit que la paroi est formée de deux zones : une profonde, de tissu conjonctif fibreux, et la deuxième de tissu conjonctif plus jeune, plus vascularisé, plus riche en noyaux, séparées par un espace lamellaire lâche, riche en lacunes sanguines.

Au fort grossissement, on reconnaît un revêtement épithélial sur la face interne : cellules cylindriques hautes, calciformes dans les autres parties.

OBSERVATION XIV.

(BACHY, *Bull. et mém. Soc. nat. de chir.*, nov. 1930.)

*Kyste du pancréas. — Excision partielle des parois kystiques.
Guérison après fistulisation de trois mois et demi.*

Il s'agit d'une femme de 33 ans, qui vient consulter pour une tumeur abdominale et des douleurs violentes dans la région épigastrique.

Rien à signaler dans ses antécédents, mais depuis trois mois elle se plaint de troubles digestifs : digestions pénibles, envies de vomir, régurgitations même après les repas.

Examen. — Femme amaigrie, constipée, ayant un pouls mou, une tension artérielle de 8-12 au Vaquez, mais apyrétique.

L'examen de son abdomen permet de trouver une tumeur rénitente, immobile, non douloureuse à la palpation, fluctuante, occupant tout l'hypocondre gauche et s'étendant à la région épigastrique; elle a le contact lombaire. Au niveau du segment supérieur de la tuméfaction, il existe une zone de sonorité; dans la zone inférieure également, si bien qu'à la percussion on note l'existence d'une zone mate entre deux zones sonores.

On pense à un kyste hydatique du lobe gauche du foie, à un kyste de la rate, à une hydronéphrose ou à un kyste du mésentère. Le Docteur Lenoir fait le diagnostic de kyste du pancréas.

Intervention. — Laparotomie gauche à deux travers de doigt en dessous du rebord thoracique. La tumeur kystique, de la grosseur d'une tête d'enfant, est recouverte par l'estomac et le côlon transverse. Excision partielle des parois du kyste, parce qu'elles se continuent sans ligne de démarcation avec la glande pancréatique. Mise en place de mèches et de drains. Fermeture de la paroi.

Suites. — Ablation des drains du sixième au dixième jour. Fermeture de la fistule quinze jours après, mais elle se rouvre quinze jours plus tard, et de nouveau un mois après sa seconde fermeture. Enfin, trois mois et demi après l'opération, la malade est guérie.

Examen histologique. — Cavité limitée par une sorte de paroi épaisse, fibroïde, infiltrée de lésions inflammatoires chroniques ou subaiguës, très vascularisée et bourgeonnant par place. La face interne de cette poche kystique est, sur des portions peu étendues, tapissée par un revêtement formé de cellules cylindriques assez élevées, ne présentant aucun caractère de malignité.

Accolé à la paroi ou intimement intriqué avec les éléments qui la composent, on reconnaît le pancréas, dont les lobules sont souvent infiltrés par des lésions inflammatoires très accusées. On trouve même dans la gangue fibroïde péri-kystique quelques acini glandulaires et quelques canaux excréteurs.

OBSERVATION XV.

(LEFORT, *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, juin 1932.)

Kyste de la tête du pancréas. — Ablation. — Guérison.

Mme X..., 38 ans, vient consulter parce qu'il y a six mois elle s'est découverte une tumeur abdominale. Sa présence ne lui occasionne aucun malaise. Pas de troubles digestifs. Pas d'amaigrissement. Aucun signe de compression de voisinage. Aucun trouble urinaire. Aucune douleur abdominale.

Examen. — L'inspection montre une voussure dans l'hypocondre droit.

La palpation permet de sentir une tumeur arrondie, lisse, rénitente, indolore, mobile, du volume d'une noix de coco, séparée du bord supérieur du foie, et sonore en partie. Devant ce tableau, on se demande si l'on a affaire à un kyste du mésentère ou à un kyste du pancréas.

Aucune radiographie n'a été faite.

Intervention. — Laparotomie médiane. On découvre un kyste du pancréas, dont l'ablation est possible. On referme après avoir mis un drain et des mèches.

Suites. — Le quatrième jour, le drain est enlevé, et le sixième jour les mèches. Le onzième jour, il s'écoule un liquide clair, assez peu abondant; on y injecte de l'atropine, et on prescrit le régime de Wohlgemuth et l'écoulement se tarit le vingtième jour.

Examen histologique. — La paroi kystique est formée d'un tissu de sclérose dense, renfermant quelques acini pancréatiques plus ou moins différenciés. Le contenu du kyste est constitué par des végétations très grêles, dont le support conjonctivo-vasculaire est presque réduit aux capillaires sanguins. Ces capillaires sont entourés de manchons de cellules épithéliales, disposées sur une seule couche, la plupart indifférenciées, contenant des grains de sécrétion. Il n'a pas été constaté de karyokinèse. Les végétations sont étroitement serrées les unes contre les autres. L'hyperplasie épithéliale, vraisemblablement de faible malignité, paraît uniquement intrakystique et bien encapsulée.

OBSERVATION XVI.

(DELANNOY et DRIESSENS, *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, déc. 1934.)

Kyste vrai du pancréas. — Exérèse totale. — Guérison.

Mme C..., 42 ans, adressée pour kyste de l'ovaire, et se plaint de douleurs très discrètes, consistant en petits tiraillements et en sensation de lourdeur dans les lombes et l'hypocondre gauche.

Pas de troubles digestifs. Pas d'amaigrissement.

Examen clinique. — On constate, à gauche de l'ombilic, une tuméfaction très nette. Cette tumeur est sphérique, régulière, sans bosselures, de consistance rénitente et partout égale. Ses limites sont difficiles à préciser, en raison de la mobilité qui est très grande, tant de haut en bas que de gauche à droite. Cette tumeur est nettement mate, sauf à la partie supérieure, où on trouve une bande transversale de sonorité.

L'examen des autres appareils est négatif. Il n'a pas été pratiqué de radiographie, et on pose le diagnostic de kyste du mésocôlon ou de kyste du pancréas.

Intervention. — Anesthésie générale. Laparotomie médiane. On trouve une tumeur du volume de la tête d'un enfant, arrondie et régulière. Son pôle supérieur est croisé par le côlon transverse, qui est directement appliqué sur elle. Son pôle inférieur, très largement dégagé, apparaît par transparence à travers le mésocôlon transverse. Le kyste prend naissance aux dépens de la queue du pancréas, par des adhérences profondes et peu importantes, eu égard au volume du kyste. L'exérèse est facile, parce qu'il existe un bon plan de clivage.

Quinze jours après, la malade quitte l'hôpital guérie.

Examen anatomo-pathologique (Grandclaude). — Les parois du kyste apparaissent lisses, avec, au voisinage du pédicule, deux petites nodosités de la taille d'une cerise, correspondant à des cavités secondaires. Cet aspect multiloculaire se révèle mieux encore à l'examen histologique, qui met en évidence un certain nombre de cavités microscopiques. La paroi de la poche principale et

celle des cavités secondaires se montrent constituées par des travées fibreuses recouvertes d'un épithélium du type excréteur; en certains points, celui-ci a disparu. Au voisinage du pédicule kystique, le tissu pancréatique montre des lésions de pancréatite chronique.

OBSERVATION XVII.

(MOURE et FONTAINE, *Bull. et mém. Soc. nat. de chir.*, févr. 1935.)

Kyste épithélial du pancréas.

Femme de 40 ans, qui aurait eu, il y a six ans, une pyélonéphrite, et ressent depuis cinq ans une douleur lancinante, sans irradiations, mais accompagnée de vomissements bilieux, et siégeant au niveau de l'hypocondre droit. Elle n'aurait jamais eu de fièvre, ni de subictère. A l'examen, on découvre une tumeur dure, rénitente, mate, siégeant dans l'hypocondre gauche, et que l'on ne peut mobiliser.

Les examens de laboratoire et radiologiques ne donnent aucune indication.

Intervention. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Présence d'une tumeur rétropylorique développée dans l'arrière-cavité des épiploons, soulevant la première portion du duodénum. Cette tumeur ronde, lisse, régulière, fait saillie derrière le petit épiploon usé au contact.

Evacuation à l'aide d'un aspirateur d'un liquide aqueux, brun foncé. Les parois du kyste sont très épaisses, et ce dernier repose sur une base indurée faisant corps avec le plan prévertébral. On ouvre franchement la cavité kystique par sa convexité antérieure, et on a l'impression de pénétrer dans la tête du pancréas. On coagule à la boule diathermique la tranche d'ouverture et les parois de la cavité, qui avait le volume d'une grosse orange. Ceci fait, on fixe les lèvres de la cavité kystique au péritoine pariétal par des points séparés au catgut. Fermeture de la paroi en un plan à la partie supérieure, en deux plans à la partie inférieure.

Suites normales, apyrétiques; trois mois après, il persiste une petite fistule, et la malade quitte l'hôpital.

Examen histologique. — La face interne de la paroi est revêtue d'un épithélium cylindrique. Cette paroi, très épaisse, présente de nombreuses petites cavités kystiques, ainsi que des amas de tissu pancréatique.

OBSERVATION XVIII.

(LEPOUTRE et Fritz BUSSE, *Bull. du cancer*, 1935.)

Adénome kystique du pancréas.

Femme de 44 ans, qui vient consulter pour sciatique. Elle présente de l'amaigrissement, des digestions lentes et capricieuses.

Examen. — On trouve une tumeur épigastrique du volume de la tête d'un enfant, dure, un peu mobile dans tous les sens, située à gauche, débordant la ligne médiane à droite.

Radiographie. — Tumeur développée entre l'estomac et le côlon transverse. Abaissement de l'angle colique gauche.

Opération. — Incision de Lecène et Deniker (*Journ. de chir.*, t. XXII). Incision de l'épiploon. Incision du péritoine pariétal postérieur. D'abord, la tumeur paraît pouvoir se cliver, mais vers la profondeur, on est amené à pincer et lier des vaisseaux volumineux. Enfin, on arrive à sectionner une sorte de pédicule large, épais de plusieurs centimètres, renfermant des vaisseaux volumineux, et qui fait adhérer la tumeur plus intimement à l'union de la tête et du corps du pancréas. Pas de drainage.

Examen de la pièce (Busser). — Tumeur du volume de la tête d'un fœtus, sphérique, à surface lisse. En coupe, paroi ferme, dense, épaisse. A un des pôles est insérée une tumeur de la taille d'une orange, bosselée, de consistance inégale, et qui, à la coupe, est farcie de petits kystes. Aspect de rein polykystique. La paroi du grand kyste est formée par un tissu conjonctif dense, très riche en collagène. Le revêtement a disparu.

La tumeur intrakystique possède un stroma analogue à celui du grand kyste. Ce stroma limite des logettes de taille inégale, dont le revêtement varie non seulement d'une cavité à une autre, mais parfois dans la même cavité. Tantôt cellules aplaties, endothéli-

formes ou cubiques. Tantôt cellules cylindriques, minces et hautes, à noyau basal, à protoplasma uni, sans inclusion. Tantôt cellules dont le protoplasma contient de fines vacuoles remplies d'une substance mucî-carminophile.

Tantôt enfin, véritables cellules caliciformes, avec une grosse boule de substance mucî-carminophile incluse dans le protoplasma.

En de nombreux points, l'épithélium forme des replis centrés par un axe conjonctif grêle, réalisant de petites villosités de revêtement analogue à celui que nous venons de décrire. Enfin, en certains points du stroma, au voisinage des cavités kystiques, on voit des tubes revêtus de hautes et minces cellules cylindriques.

Pas d'image de pancréas normal.

OBSERVATION XIX.

(PELAGATTI, *Ann. di chir. Ital.*, Naples, juill.-août 1936.)

Cas rare de kyste du pancréas.

Une femme de 24 ans vient consulter pour une voussure de l'hypocondre gauche, des vomissements et des douleurs à type de colique, survenant par crises de moins en moins espacées et de plus en plus longues, et apparus pour la première fois au cours d'une grossesse.

Examen. — Bon état général.

Il existe une voussure de l'hypocondre gauche. La palpation découvre une tumeur profonde, grosse comme une orange, lisse, dure, élastique, légèrement mobile avec les mouvements respiratoires.

L'insufflation du côlon et la dilatation de l'estomac montrent qu'elle est rétrocolique et rétrogastrique.

Tous les examens de laboratoire sont négatifs.

On pense à un kyste du pancréas. Ce diagnostic est confirmé par la radiographie, qui montre que l'estomac est repoussé d'arrière en avant, le côlon et le grêle abaissés.

Intervention (le 3 janvier 1936). — Rachianesthésie. Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic. Incision du ligament gastro-colique. On trouve une tumeur revêtue du péritoine postérieur, grosse

comme une tête fœtale, molle, élastique, fluctuante, implantée par une large base sur le corps et la queue du pancréas. L'extirpation totale est impossible. Ablation partielle de la poche et marsupialisation.

Guérison complète en deux mois.

Examen histologique. — Difficile à interpréter. Sur le fragment de paroi examinée, la plus grande partie du tissu de revêtement est tombée, et la bordure conjonctive, qui est ainsi découverte, est ébréchée et montre des signes manifestes de nécrose. Le revêtement n'est conservé que sur une faible étendue; il se présente comme un tissu différencié de la portion fibreuse de la paroi, comme serait un épithélium de revêtement glandulaire, et il est formé d'une trame conjonctive ténue, délimitant de petites cavités, revêtues d'endothélium et contenant des éléments sanguins.

CONCLUSIONS

I. — D'une façon générale, ces affections :

- a) sont très rares si on les compare au nombre des pseudo-kystes;
- b) se manifestent presque uniquement chez l'adulte, beaucoup plus souvent chez la femme que chez l'homme.

II. — Leur pathologie est assez mal connue. Très certainement il s'agit de tumeurs néoplasiques plus malignes qu'on ne le supposait. Certaines sont d'origine dysembryoplasique, dues vraisemblablement à l'inclusion de débris embryonnaires d'origine intestinale.

III. — Au point de vue anatomique, ces tumeurs possèdent une paroi propre tapissée d'un épithélium.

IV. — Leur symptomatologie se rapproche énormément de celle des pseudo-kystes et de bien d'autres affections abdominales ou pelviennes. Pas de signes propres. Pas de signes de l'atteinte pancréatique. La radiographie est une aide précieuse; le laboratoire n'est d'aucun secours.

Seule la laparotomie exploratrice permet de préciser la nature et l'origine de la tumeur.

V. — L'extirpation aussi complète que possible, allant parfois jusqu'à la pancréatectomie partielle, est la thérapeutique idéale.

L'expérience montre qu'elle n'est pas toujours possible. L'extirpation partielle, la marsupialisation, aux résultats bien inférieurs, restent souvent la seule ressource du chirurgien.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*
PIERRE MAURIAC.

Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 décembre 1938.

Le Recteur de l'Académie,

G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera la bibliographie très détaillée jusqu'en 1892 dans la thèse de Faucillon (Paris, 1897), jusqu'en 1898 dans l'article d'Oser, de la Nothnagel Encyclopédie, et jusqu'en 1932 dans la thèse de Chevallier (Paris, 1923).

ALBERT. — Kyste du pancréas. *Bruxelle médical*, mars 1929.

ANDRESIN et COLITZA. — Grossesse au sixième mois et kyste du pancréas. *Revista de chirurgie*, n° 3-4, 1935.

BACHY. — Kyste du pancréas. Excision partielle des parois kystiques. Guérison après fistulisation de trois mois et demi. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, nov. 1930.

BARTOLI. — Contribution clinique et histologique à l'étude de la pathogénie des kystes du pancréas. *Arch. Ital. di Chir.*, avril 1929.

BEADLE. — Kyste du pancréas avec diabète. *Guy's Hosp. Rep.*, janv. 1928.

BEKKER. — Kyste parasitaire. *Westnick Khir.*, 1936.

BENSO. — Un cas de kyste du pancréas. *Policlinico*, juill. 1931.

BÉRARD et DUNET. — Kyste de la queue du pancréas. *Soc. de chir. de Lyon*, 1924.

BERKMAN et BANNICK. — Deux cas de kyste multiloculaire du pancréas. *Proc. staff. meet Mayo Clin.*, mars 1933.

BERNHARDT. — Les kystes du pancréas. *Deut. Chir.*, CCXXXVI, 15 juin 1932.

BLACK. — Kystes du pancréas. *South M. et S. Charlotte, N. C.*, 1924.

BORELLI. — Diagnostic radiologique. *Radiol. Med.*, sept. 1927.

BOWEN et MILLER. — Kyste du pancréas. *J. Kansas M. Soc.*, nov. 1927.

- BROCQ et MIGINIAC. — Chirurgie du pancréas, 1934.
- CARLING et HICKS. — Considérations sur deux cas de cystadénomes du pancréas. *Brit. Journ. of Surg.*, Bristol, 1925.
- CASPEC. — Kyste du pancréas. *Kentucky M. J.*, janv. 1930.
- CHARBONNEL et AUGSTROU. — Gros kyste vrai du pancréas disparaissant complètement par intermittences. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, nov. 1929.
- CHAUFFARD. — Kyste du pancréas. *Progrès médical*, XXXIX, 1924.
- CHEVALIER. — Les kystes glandulaires du pancréas. Thèse Paris, 1932.
- CIEZA, RODRIGUEZ. — Tumeurs kystiques du pancréas. *Semana Medica*, Buenos-Ayres, 1925.
- CRAWFORD. — Kyste du pancréas. *Med. Journ. of Australia*, Sydney, 1926.
- CUNY. — Kyste du pancréas à contenu purulent. *Soc. nat. de chir.*, *Bull.* n° 31, déc. 1933.
- DALOUS, PONS et GARIPUY. — Kyste du pancréas. *Toulouse médical*, juin 1935.
- DAS GUPTA. — Traitement des kystes inopérables. *Indian M. Gaz.*, oct. 1936.
- DAY. — Kyste du pancréas. *Bul. of the Moses Taylor Hospital J.*, janv. 1926.
- DELANNOY et DRIESSENS. — Kyste vrai du pancréas. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, déc. 1934.
- DELANNOY et RAZEMON. — Diagnostic des kystes du pancréas. *Arch. franco-belges de chir.*, Bruxelles, févr. 1930.
- DEUTSCH et GRUBEL. — Diagnostic des kystes du pancréas. *Klin. Wochenschr.*, déc. 1927.
- DI PIERRO. — Kyste du pancréas. Clinique et anatomie pathol. *Ann. ital. di chir.*, juin 1935.
- DORFMANN. — Traitement chirurgical des kystes du pancréas. *Sovjets Chir.*, Moscou, 1936.
- DOTTI. — Ky. P. développant during labor. *Minerva Med.*, mai 1933.
- EINHORN. — Kyste du pancréas. *Am. J. M. Sc. Phila.*, 1925.

- ESCUDERO, TERRADA et GALLINO. — Tumeur kystique de la tête du pancréas. Diagnostic radiologique. *Arch. Argentinas de Enfermed. del Aparato Digestivo*, déc. 1925.
- FISCHER. — Kystes du pancréas : technique chirurgicale. *Gyogyaszat*, déc. 1932.
- FRIEDENWALD et CULLEN. — Kyste du pancréas. *Am. J. M. Sc. Phila.*, 1926.
- Sept cas de kystes du pancréas. *Tr. A. Am. Physicians*, 1926.
- FRIETO. — Kyste du pancréas. *El salvador medico*, IV, juin 1925.
- FURRER. — Kyste du pancréas causant une sténose du pylore. *Schweiz. Méd. Wochenschr.*, févr. 1931.
- GOYENA. — Kyste de la tête du pancréas. *Semana Med.*, Buenos-Ayres, 1924.
- GRANCHER. — Kyste du pancréas. *Normandie médicale*, juin 1929.
- GRANCLAUDE, DELANNOY et DRIESSENS. — Les kystes du pancréas. *Ann. d'anat. pathol.*, mai 1934.
- GUINTI. — Sur les kystes du pancréas. *Riforma Med.*, juin 1932.
- HAHN. — Kyste du pancréas. *Zentralth. f. chir.*, mars 1927.
- HARRIEST. — Traitement des kystes du pancréas. *Brit. M. J.*, juin 1934.
- HASKUL. — Kyste du pancréas. *Memphis M. J.*, déc. 1929.
- HAWES. — Kyste du pancréas. *New-England J. Med.*, oct. 1934.
- HICK. — Kyste du pancréas. *M. Clin. North America*, sept. 1932.
- HOON. — Kyste du pancréas. *Atlantic Med. J. Harrisburg*, 1926.
- HUNT. — Kyste du pancréas. *M. J. Australia*, août 1934.
- JUNG. — Kyste du pancréas, cholécystogastrostomie et dérivation dans le grêle. *Strasbourg médical*, janv. 1934.
- JURASZ. — Traitement chirurgical des kystes du pancréas. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1931.
- KEMFENEERS. — Kyste du pancréas. *Bruxelles médical*, 1927.
- KERSCHNER. — Sur l'anastomose transduodénale des kystes du pancréas. *Journal de chirurgie*, déc. 1935.
- KESSLER. — Kyste du pancréas, cholécystite calculeuse, ulcère sténosant du duodénum. *Strasbourg médical*, oct. 1934.
- Considérations sur trois cas de kystes du pancréas. *Strasbourg médical*, mai 1934.

- KOONTS. — Kystè du pancréas. *Kentucky M. J.*, mars 1930.
- LAFFITTE et VANDIER. — Kyste du pancréas. *Soc. méd. des Deux-Sèvres*, févr. 1933, et *Actualité médico-chirurgicale*, avril 1933.
- LEFORT. — Kyste de la tête du pancréas. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, juin 1932.
- LE GRAND. — Rupture spontanée d'un kyste du pancréas. *Soc. méd. Rouen*, déc. 1934.
- LEPOUTRE et BUSSEY. — Adénome kystique du pancréas. *Bull. du Cancer*, 1935.
- LOPEZ, ISNARDI et ZANARDO. — Traitement d'une fistule pancréatique. *Semana medica*, XXXII, nov. 1923.
- MAES. — Kyste du pancréas. *Internat. clin.*, juin 1931.
- MAHORNER. — Etiologie et pathologie des kystes du pancréas. *Proc. Staff. meet. Mayo Clin.*, avril 1930.
- MALYSCHEW. — Trois cas de kyste du pancréas. *Vestnik chirurgii. Imeni Grekova*, Léninegrad, 1936.
- MANNHEIM. — Clinique des kystes du pancréas. *Zentralh. f. Chir.*, nov. 1930.
- MATHIEU. — Kyste canaliculaire de la tête du pancréas. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 1922.
- MC KECHNIC et PRIESTLEY. — Tumeur polykystique du pancréas. *Canad. M. A. J.*, juin 1937.
- MC WHORTER. — Kyste du pancréas. *Arch. of Surg.*, Chicago, 1905.
- MESA, MOLES et GIMENA FERNANDEZ. — Un cas très intéressant de kyste du pancréas. *Archivas Españoles de enfermedades del aparato digestivo*, nov. 1925.
- MEYER MAY. — Une tumeur kystique développée aux dépens d'un pancréas accessoire intragastrique. *Mém. de l'Acad. de chir.*, avril 1927.
- MIRRIZI. — Diagnostic des tumeurs kystiques du pancréas. Importance des rayons X et de la réaction de Wolgemuth. *Rev. sud-amér. de méd. et de chir.*, mars 1930.
- MONNANI. — Diagnostic radiologique. *Röntgenpraxis*, janv. 1935.
- MORICE. — Kyste congénital tordu du pancréas. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1930.

- MOURE et FONTAINE. — Kyste épithélial du pancréas. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, févr. 1935.
- MULLER. — Kyste du pancréas. *Arch. für Klin. Chir.*, 1926.
- MUZZI. — Calculs biliaires et kyste du pancréas. *Radiologie. Arch. di Radiol.*, juill.-août 1926.
- NEUFFER. — Traitement opératoire des kystes du pancréas. *Arch. für Klin. Chir.*, mai 1932.
- PAAS. — Kyste dégénératif du pancréas après nécrose du tissu graisseux. *Zentralbl. für Chir.*, Leipzig, janv. 1932.
- PATEL. — Diagnostic des kystes de l'arrière-cavité. *Ann. d'anat. pathol.*, févr. 1936.
- PELAGATTI. — Cas rares de kystes du pancréas. *Ann. di Chir. Ital.*, Naples, juill. 1936.
- PHILARDEAU. — Les kystes et faux kystes du pancréas. *Gaz. des hôp.*, 1922.
- POLAK. — Méthode opératoire de Jedlicka. *Zentral. f. Chir.*, juill. 1935.
- POLAK et GYURIC. — Contribution à l'opération de Jedlicka. *Presse médicale*, mars 1936.
- PRIMROSE. — Kystes et pseudo-kystes du pancréas. *Surg. gyn. and obst.*, Chicago, 1922.
- RONCHETTI. — Kyste du pancréas. *Policlinico*, XXX, 1923.
- ROSSI. — Deux cas de kystes du pancréas. *Riforma med.*, août 1927.
- ROTH. — Kyste du pancréas. *Amer. Journ. of Surg.*, New-York, 1925.
- ROWLANDS. — Kyste et pseudo-kystes du pancréas. *Guy's Hosp. Gaz Lond.*, XXXVII, 1923.
- RUTZ. — Kyste du pancréas. *Zentral. f. Chir.*, oct. 1935.
- SACOU, BURLONDO et CAMAROTTA. — Kyste glandulaire. *Hosp. Argent.*, août 1934.
- SAUGUES. — Volumineux kyste du pancréas. *Soc. de chir. de Lyon*, févr. 1925.
- SANTY, MALLET-GUY et CROIZAT. — Tumeur polykystique du corps du pancréas. *Lyon chirurgical*, 1936.
- SCALONE. — Kyste glandulaire traumatique du pancréas. *Policlinico*, 1928.

- SCHWARZ. — Symptômes radiologiques des kystes du pancréas.
Wien. Klin. Wochenschr., avril 1929.
- SEIN et GONZALÈS. — Kyste associé à cholélithiase et cholécystite.
Bol. Asoc. med. de Puerto-Rico, mars-avril 1929.
- SIMON. — Cystadénome du pancréas. *Beitr. z. Klin. Chir.*, Berlin, 1925.
- SMITH. — Kyste du pancréas. *Brit. M. J.*, janv. 1933.
- SOUTER. — Gros kyste du pancréas. *Cincinnati J. Med.*, 1922.
- SPIRIDONOW. — Symptomatologie des kystes du pancréas. *Sovet. Khir.*, 1923.
- STURGEON. — Kyste du pancréas. *West. J. Surg.*, sept. 1930.
- TIMME. — Kyste du pancréas avec diabète. *California and West. med.*, mars 1927.
- TRAYER. — Kyste du pancréas associé à une rate ectopique. *Am. of Surg.*, Philadelphie, janv. 1932. —
- VECCHI. — Drainage interne d'un gros kyste du pancréas. *Wien. Klin. Wochenschr.*, janv. 1935.
- VIANNA, BÉRARD et DEVUNS. — Petit kyste de la tête du pancréas probablement dû à une lithiase pancréatique. *Loire médicale*, août 1929.
- VIANNAY. — Grand kyste de la tête du pancréas. *Loire médicale*, oct. 1929.
- VON REDWITZ. — Diagnostic et traitement des kystes du pancréas. *Schweiz. Med. Wochenschr.*, janv. 1935.
- WALTERS et THIESEN. — Kyste bénin. *S. clin. North-America*, oct. 1935.
- WANGENSTEEM. — Kyste du pancréas. *Journal Lancet*, mai 1930.
- WOOD. — Tumeur polykystique du pancréas. *Proc. steft. Meet. Mayo Clin.*, juill. 1936.
- ZABINSKI. — Cas extraordinaire de kyste du pancréas. *Polska Gaz. Lek.*, févr. 1931.
- ZERBIB. — De la contribution à l'étude des kystes du pancréas. Thèse Paris, 1932.

